



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
**Hälsa och samhälle**

# **ATT LEVA MED CLAUDI- CATIO INTERMITTENS**

EN LITTERATURSTUDIE

ALEKSANDRA MICHALSKA

# ATT LEVA MED CLAUDI- CATIO INTERMITTENS

EN LITTERATURSTUDIE

ALEKSANDRA MICHALSKA

Michalska, A. Att leva med claudicatio intermittens - en litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad 2010.

*Bakgrund:* Claudicatio intermittens (CI) är en sjukdom i benens artärer som orsakar svåra smärtor i benmuskulaturen vilket personen känner vid gång. Den bakomliggande orsaken till sjukdomen är en fortskridande aterosklerosprocess. Rökning är den mest bidragande faktorn för denna utveckling. *Syfte:* Att belysa livskvalité hos personer som lider av CI samt vilka strategier de använder för att hantera sjukdomen. *Metod:* En litteraturstudie grundad på åtta vetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. *Resultat:* Att leva med CI innebar stora påfrestningar på den fysiska, psykiska och sociala dimensionen. Smärta och begränsad rörlighet hade störst inverkan på livskvalitén. Rädsla för amputation och för att förlora sin självständighet framkallade en känsla av nedstämdhet och känslan av att vara annorlunda. Claudicanterna utvecklade olika coping strategier för att behålla kontrollen över den nya situation de befann sig i.

Det krävs särskilt utformade insatser i form av patientundervisning för personer som lider av CI för att stärka patienten och begränsa utvecklingen av sjukdomen.

*Nyckelord:* Claudicatio intermittens, coping, litteraturstudie, livskvalité, sjuksköterskans roll.

# LIVING WITH INTERMITTENT CLAUDICATION

A LITERATURE REVIEW

ALEKSANDRA MICHALSKA

Michalska, A. Living with intermittent claudication – a literature review. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2010.

*Background:* The intermittent claudication (IC) is a disease of the leg arteries that cause severe pain in the musculature while walking. The underlying cause of the disease is progression of the atherosclerosis process. Smoking is the most contributing factor for this development. *Aim:* To highlight the quality of life of people suffering from intermittent claudication, and what strategies they use to manage the disease. *Method:* A literature review based on eight scientific articles, with both a qualitative and a quantitative approach. *Results:* Living with IC will put considerable pressure on the physical, mental and social dimension. Pain and limited mobility had the largest impact on quality of life. Fear of amputation and of losing their independency provoked feelings of sadness and the feeling of being different. Patients with IC developed different coping strategies to maintain control over the new situation they found themselves in.

It requires specially designed interventions in the form of patient education for people suffering from IC to empower the patient and to limit the development of the disease.

*Keywords:* Coping, intermittent claudication, literature review, nurse's role, quality of life.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Patofysiologi och symtom	6
Status	7
Behandling	7
Sjuksköterskans omvårdnad	8
Definition av livskvalité	8
Coping	9
Teoretisk referensram	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	11
Frågeställning	11
METOD	11
Databassökning	11
Artikelgranskning	12
Databearbetning	13
RESULTAT	13
Livskvalité och påverkan på den fysiska dimensionen	13
Smärta	13
Begränsad rörlighet	14
Fatigue	15
Livskvalité och påverkan på den psykiska dimensionen	15
Emotionella reaktioner	15
Coping	17
Livskvalité och påverkan på den sociala dimensionen	18
Isolering	18
Familjerelationer	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	20
Artiklarnas styrkor och svagheter	20
Livskvalité och påverkan på den fysiska dimensionen	22
Livskvalité och påverkan på den psykiska dimensionen	24
Livskvalité och påverkan på den sociala dimensionen	26
Patientens behov av stöd, information samt sjuksköterskans roll	26
KONKLUSION	28
FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING	29
REFERENSER	30

BILAGOR	34
Bilaga 1. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod	35
Bilaga 2. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod	37
Bilaga 3. Artikelmatris	39

## INLEDNING

Det är känt att hjärt-kärlsjukdomar idag tillhör de vanligaste dödsorsakerna i Sverige och runtom i världen. Enligt WHO (2009) dör 17,1 miljoner människor i världen av någon hjärt-kärlsjukdom varje år. Globalt sett finns också stora variationer i förekomsten av dessa sjukdomar vilket, enligt Rosengren (2009) stärker det faktum att kärlsjukdomarna i stor utsträckning är beroende av människors levnadsstandard. Lokaliseringen av de patologiska förändringarna i kärlen ger upphov till olika sjukdomar t ex stroke, hjärtinfarkt, kärlkramp och sjukdomar i benens artärer. För de drabbade patienterna innebär dessa åkommor ofta mycket lidande och till och med invaliditet under resten av livet med många vård dagar på sjukhus.

CI beror på nedsatt cirkulation i de nedre extremiteterna. Tillståndet är i folkmun mer känt som ”fönstertittarsjukan” och är relativt vanligt bland äldre personer (Östergren & Wahlberg, 2009). Prevalensen är mindre än 5 % hos 50-åringar och hos rökande män i åldern 74-85 år beräknas den till ca 15 % (Östergren & Fagrell, 2000). Kvinnor tillhör minoriteten av dessa patienter. Rökning, förhöjda blodfetter, diabetes typ II och hypertoni är kända riskfaktorer för att drabbas av Claudicatio Intermittens.

Det är viktigt för sjukvårdspersonalen att få insikt i hur sjukdomen påverkar patienternas liv för att bemöta dem på ett adekvat sätt.

## BAKGRUND

Nedan följer en beskrivning av patofysiologi, symtom, status samt olika former av behandling. Sjuksköterskans ansvarsområden beskrivs utifrån *Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005). Slutligen presenteras Doris Carnevalis (1999) modell som en teoretisk referensram för denna litteraturstudie.

### Patofysiologi och symtom

Orsaken till uppkomsten av claudicatio intermittens är en aterosklerotisk kärlsjukdom (Risberg, 2004). Enligt Hedner (2007a) beror aterosklerosen på att kärlen försvagas och förträngs på grund av fett- och kalkinlagringar. Vidare menar han att dessa inlagringar orsakar stela och sköra artärer. Ateroskleros är en systemsjukdom som oftast manifesteras i nedre bukaorta, bäckenets och lårets artärer, karotis samt kranskärlen (Järhult & Offenbartl, 2008). Vid CI angrips artärerna A. iliaca och dess grenar. Ischemin är påtaglig vid gång då det krävs ett ökat blodflöde till muskulaturen. Syrebristen orsakar smärta speciellt i vaderna och patienten är tvungen att stanna för att efter en kort paus kunna gå en bit igen. *Fönstertittarsjukan* har fått sitt namn just på grund av de frekventa pauser patienten är tvungen att ta och att det ofta maskeras genom att titta i skyltfönster (a a).

Smärtorna beror på en acidosis i vävnader med en ansamling av sura metaboliska produkter som bildas när musklerna saknar tillgång till syre på grund av de förträng-

ningar som finns i artärerna (Järhult & Offenbartl, 2008). Näringsbristen vid extremitetsischemi gör att huden blir blek, tunn, torr och fjällar. Naglarna blir tjocka och spröda och behåringen på benen liten. Även hudtemperaturen på benen är lägre jämfört med resten av kroppen (Areklett et al, 2002). Som en allvarlig konsekvens av syrebrist ute i vävnaderna kan arteriella bensår uppstå (Lindeman Steen et al, 2001). Denna sårtyp är mycket smärtsam och har en högre infektionsrisk än de venösa såren (a a). Ett mycket allvarligare tillstånd än CI är *kritisk ischemi* som innebär ytterligare försämrad cirkulation. Tillståndet kan leda till amputation eller hjärtkärlkomplikationer och även till döden (Risberg, 2004).

### Status

Auskultation av både hjärtat och karotider görs vid undersökningen samt en palpation av buken för att utesluta en aortaaneurysm (Östergren & Wahlberg, 2009). Mätning av blodtrycket i båda armarna bör också göras. Puls palpation och auskultation är viktiga för att i en viss utsträckning kunna lokalisera förändringarna och bedöma deras svårighetsgrad (a a). Ankelycksmätning görs med hjälp av en dopplerapparat för att få uppfattning om i vilken grad åderförkalkningen i benens artärsystem förekommer. ABI (ankel- brachial index) räknas ut genom att dividera ankeltrycket med arm-blodtrycket (Östergren & Fagrell, 2000). Ett normalt värde är 0,9 eller högre, 0,9-0,4 tyder på claudicatio medan <0,4 tyder på kritisk ischemi. Men lider patienten samtidigt av diabetes kan värdet vara falskt högt eftersom diabetikerns kärl är styva på grund av stenosen i kärLEN (a a). Gångprov avslöjar hur benmuskulaturen reagerar på muskelarbete och kan även påvisa om patienten uppvisar symtom på angina pectoris (Järhult & Offenbartl, 2008).

### Behandling

Behandlingen inriktar sig dels på riskreducerande åtgärder och dels på mer invasiva former av behandling och målet med behandlingen är att lindra smärtan och förbättra livskvaliteten. Rökstopp är en av de viktigaste förebyggande åtgärderna eftersom ca 95 % av alla som har ateroskleros är rökare (Areklett et al, 2002). Höga lipidhalter behandlas utifrån de riktlinjer som finns för patienter som lider av ateroskleros. Både kostrekommendationer och viktminskning utgör betydelsefulla delar i behandlingen (Östergren & Wahlberg, 2009). För att förebygga stroke, hjärtinfarkt och för att minska risk för ocklusioner ges trombocythämmande läkemedel t ex ASA och *klopidogrel* (a a). *Cilostazol* är det enda läkemedel i Sverige som kan föreskrivas i syfte att förbättra gångsträckan hos patienter med claudicatio intermittens (Östergren & Wahlberg, 2009). Läkemedlet förhindrar trombocyternas aggregation och gör att kärLEN vidgas (SBU, 2010). Patienten bör informeras om att smärtorna vid aktivitet inte är farliga och uppmaning till gångträning, helst över smärtröskeln, är önskvärd då den perifera cirkulationen förbättras (Areklett et al, 2002).

Den invasiva behandlingen är kärLrekonstruktion eller endovaskulär behandling med t ex *perkutan transluminal angioplastik (PTA)* s k ballongvidgning av kärlet (Östergren & Wahlberg, 2009). Hedner (2007b) beskriver ingreppet som går ut på att kärlet utvidgas på så sätt att en ballong blåses upp vid förträngningen och spränger upp den som resulterar i att kärlet återfår sin normala lumen. Sedan förs det in en metallstent i kärlet som förhindrar att kärlet faller ihop. Lokalanestesi används vid PTA och patienten kan åka hem redan efter ett par dagar (Areklett et al, 2002).

Om PTA inte är möjlig att utföra görs ett kirurgiskt ingrepp. Det finns olika sätt att angripa problemet på. Ett av dem är trombartärektomi (*TEA*) som går ut på att en artär öppnas och det förträngda området avlägsnas (Areklett et al, 2002). Bypassoperation som leder förbi det förträngda området. Antingen används en protes av konstgjort material eller patientens egen ven (a a). Det sistnämnda är att föredra (Järhult & Offenbartl, 2008).

Utav alla personer i Sverige som genomgått en amputation ovanför tålederna (5000-5500 amputationer) beror 80 % på en bakomliggande kärlsjukdom (Johannesson, 2009). Ibland är amputation den sista utvägen för patienter som tidigare har försökt återskapa tillfredställande cirkulation i benen med olika kirurgiska ingrepp (Almås, 2002a). Men enligt Järhult & Offenbartl (2008) behöver inte amputation ses som ett medicinskt misslyckande utan som en lösning på ett svårt problem då de flesta patienter återhämtar sig väl efter det och smärtan antingen upphör eller minskar.

### **Sjuksköterskans omvårdnad**

Enligt *Kompetensbeskrivningen för en legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005) skall sjuksköterskan ha förmågan att tillvarata det friska hos varje patient, ha kunskap om habilitering och rehabilitering, kunna observera, värdera och prioritera. Dessutom ingår det i yrkesrollen att kunna möta patientens sjukdomsupplevelse och lindra lidandet med hjälp av adekvata åtgärder. Delaktighet i vård och behandling kan uppnås genom att sjuksköterskan stödjer och vägleder både patienter och deras närstående. I sjuksköterskekompetensen ingår även att undervisa och informera patienten och/eller närstående (a a).

Sjuksköterskans betydelse för omvårdnaden av patienter med CI går ut på att förbättra rörelseförmågan, öka möjligheterna att klara av aktiviteterna i det dagliga livet och därmed höja livskvalitén (Klevsgård, 2004a). Enligt Wann- Hansson (2007) tycks det finnas en rad etiska dilemman i vården av patienter med kronisk ischemi i de nedre extremiteterna. De etiska problem som vården kommer att ställas inför vid mötet med dessa patienter är bl a om man ska behandla alla patienter till varje pris och vem som har rätt att avgöra vilka patienter som ska ha en behandling och vilka som inte ska.

Till sin hjälp gällande den etiska problematiken har sjuksköterskan olika styrdokument som kan underlätta arbetet med bl a claudicatiopatienter. Sjuksköterskans arbete bör präglas av de etiska koderna som ICN tagit fram (Socialstyrelsen, 2005) som består av fyra ansvarsområden:

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Lindra lidande
- Återställa hälsa

Alla har rätt att få god omvårdnad oavsett kön, etnicitet, trosuppfattning, kultur eller social status (a a).

### **Definition av livskvalité**

Det är inte okomplicerat att definiera livskvalité. Dock är det ett viktigt begrepp inom medicinsk etik. Klevsgård (2004b) skriver att livskvalité anger något betydelsefullt för en människa utifrån hans/hennes egna upplevelser. Enligt National-



encyklopedi (2010) bör förutsättningarna för god livskvalité urskiljas från livskvalité i sig eftersom t ex dålig hälsa inte alltid innebär att den sjuke har dålig livskvalité även om sjukdomen i sig har förmågan att bidra till sämre livskvalité.

Det finns olika instrument som används för att utvärdera livskvalitén. Det är generella och sjukdomsspecifika instrument (Klevsgård, 2004b). De förstnämnda omfattar många olika infallsvinklar och kan användas till en större bredd av patientgrupper. Frågorna berör det dagliga livet och utgår från WHO:s definition av begreppet *hälsa* (a a). Begreppet hälsa enligt WHO (1946) består av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och om en individ anses ha hälsan så per automatik har han/hon också livskvalité. I denna litteraturstudie utgår författaren från den definition av hälsa som WHO har tagit fram.

Exempel på generella instrument är: Medical Outcome Short Form 36 (SF-36) och Nottingham Health Profile (NHP) (Klevsgård, 2004b). Sjukdomsspecifika instrument som används för patienter med claudicatio intermittens är WHO/Rose Questionnaire och Walking Impairment Questionnaire (WIQ) (Klevsgård, 2004a). Den sistnämnda berör frågor om smärta, stickningar, kramp, gångsvårigheter, gångsträcka och gånghastighet (a a).

Short Form 36 (SF-36) består av 36 frågor inom åtta hälsorelaterade områden (Klevsgård, 2004b): rörlighet, social funktion, rollfunktion, mental hälsa, vitalitet, smärta och generell hälsa. NHP- instrument innehåller två delar. Första delen består av sex områden (energi, smärta, emotionella reaktioner, sömn, social isolering och fysisk rörlighet) med 38 påståenden tillsammans. I den andra delen betonas sju väsentliga vardagsaktiviteter såsom: arbete, hushållsarbete, familjeliv, socialt umgänge, sexualliv, fritid och semester (a a).

## Coping

*Coping* kan förklaras som beteendemässiga eller kognitiva reaktioner vars syfte är att förändra, förebygga, förbereda sig på eller hålla under kontroll en viss påfrestning i livet (Tornstam, 2005). Både medvetna och omedvetna strategier kan användas för att hantera olika påfrestningar. Problemlösning innebär att olika åtgärder vidtas för att förändra den svåra situationen, det kan t ex vara att söka tröst och stöd hos andra eller att söka efter praktiska lösningar på problemet (Ottooson & Ottooson, 2007). Genom att reagera känslomässigt mobiliseras de försvarsmekanismer vars uppgift är att hålla tankar och känslor under kontroll vilka annars kan hota patientens livssituation (a a).

Hanteringen av svåra skeenden i livet kan också ses från ett annat perspektiv. När en person upplever att han/hon har kontroll över situationen talas det om *inre kontroll* (eng *internal locus of control*) till skillnad från *yttre kontroll* (eng *external locus of control*) vilket innebär att andra personer har insyn i den situation som individen befinner sig i (Tornstam, 2005).

*Känsla av sammanhang* (KASAM eller engelska SOC) utvecklades av Antonovsky och spelar en viktig roll vid svåra situationer. Den består av tre delar som befinner sig i samspel med varandra (Taam, 2002):

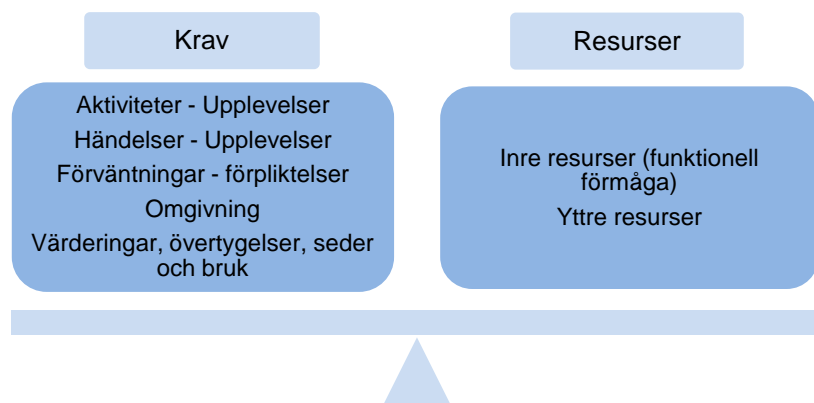
- *Begriplighet* innebär i vilken utsträckning en person upplever både inre och yttre stimuli som begripliga.

- *Hanterbarhet* definieras som människans upplevelse av att ha tillgång till olika resurser som kan vara till hjälp att klara av en situation.
- *Meningsfullhet* innebär att personen känner att det finns mening med livet och att det är värt att satsa energi och engagemang på de situationer som han/hon möter i livet.

KASAM är ett element i coping som Antonovsky utvecklade enligt det salutogenetiska synsättet där fokus hamnar på individens hälsa istället för på sjukdomen. Antonovsky intresserade sig för de faktorer som gör att vissa människor anser sig friska trots att de drabbas av sjukdomar (a a).

### Teoretisk referensram

Carnevali (1999) utvecklade en modell som sjuksköterskan kan använda vid planeringen av omvårdnadsbehandlingen. Modellen består av två kategorier: *Dagligt liv* och *Funktionellt hälsotillstånd* som hela tiden samspelar med varandra (a a). Den berörda individen eller familjen fungerar utifrån den påverkan som det dagliga livet har på dem. Det dagliga livet ställer även krav på den funktionella förmågan som i sin tur påverkar hur individen och familjen hanterar sitt dagliga liv. Det är viktigt att ha båda komponenterna i åtanke samtidigt i mötet med patienten (a a). Beroendeförhållande kan illustreras med hjälp av en balansvåg (se Figur 1). Livskvaliteten är styrd av en balans mellan kraven i det dagliga livet och individens yttre och inre resurser (Carnevali, 1999).



Figur 1. Balansen mellan kraven i det dagliga livet och individens resurser. Efter Carnevali (1999).

Enligt Carnevali (1999) ska sjuksköterskan identifiera och kartlägga balansen mellan krav och resurser i patientens dagliga liv. Detta är hörnstenarna för att kunna ställa omvårdnadsdiagnoser och behandla patientens tillstånd. Vidare menar hon att sjuksköterskan skall stödja patienten och hans familj både fysiskt, psykosocialt och andligt genom omvårdnad och vägledning. Genom att följa omvårdnadsprocessens faser kan en god och individanpassad omvårdnad uppnås (a a).

# SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med litteraturstudien är att belysa livskvalitén hos personer med claudicatio intermittens.

## Frågeställning

- Hur påverkas livskvalitén hos de som drabbas av claudicatio intermittens?
- Hur hanterar patienterna symtomen?

## METOD

För att kunna besvara syftet valdes det att göra en litteraturstudie. Enligt Polit & Beck (2006) är det en sammanställning av tidigare publicerad forskning inom det valda området. Litteraturöversikten genomfördes med stöd av Goodmans metod som översattes av Willman m fl (2006). Ett systematiskt tillvägagångssätt är beskrivet i sju steg från arbetets början till slut (se figur 2).

Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4	Steg 5	Steg 6	Steg 7
Precisera forskningsproblemet	Precisera studiernas inklusions- och exklusionskriterier	Formulera en plan för litteratursökningen	Genomför litteratursökningen och samla in de studier som möter inklusionskriterierna	Tolka bevisen från de individuella studierna	Sammanställ bevisen	Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet

Figur 2. Goodmans sju steg översatt av Willman et al (2006).

## Databassökning

Inledningsvis gjordes det en fritextsökning i databasen PubMed och på Google Scholar för att få inspiration till söktermer och få en överblick över de befintliga vetenskapliga publikationerna kring det valda ämnet. Sedan skapades ett antal relevanta MeSh termer som låg till grund för artikelsökningen i databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo. Det utfördes även några kompletterande manuella sökningar med hjälp av referenslistor i artiklarna. Datamättnad uppnåddes då sökningarna inte gav några nya resultat.

Alla titlar lästes och om en titel var relevant lästes abstrakt för vidare bedömning. Därefter har författaren antingen läst hela artikeln eller bedömt den som icke giltig för att besvara syftet och frågeställningen. Exkluderingskriterier var: artiklar som inte hittades i fulltext. Titlar som innehöll "review", "venous thrombosis" och "amputation". Inklusionskriterier var: Vetenskapliga artiklar med tillgång till fulltext som uppfyllde kriterierna för vetenskaplighet enligt Polit & Beck (2006). De skulle vara relevanta för syftet och frågeställningen i litteraturstudien. Författaren avslutade sökningarna när variationen bedömdes ringa. Resultatet presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Resultat från databassökning

Databas	Sökord/ MeSH-term	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Användbara artiklar	Granskade abstracts	Lästa artiklar	Använda artiklar
Pubmed	Peripheral Vascular Diseases AND Quality of life	Abstracts, Humans, English, fulltext	164	164	31	10	10	3
Pubmed	Peripheral Vascular Diseases AND Attitudes to health	Abstracts, Humans, English, fulltext	133	132	9	7	5	1
Pubmed	Intermittent Claudication AND Quality of life	Abstracts, Humans, English, fulltext	161	161	97	50	10	2
Pubmed	Quality of life AND Arterial Occlusive Diseases	Abstracts, Humans, English, fulltext	412	412	150	30	8	1
Cinahl	Intermittent Claudication AND Nursing	Abstracts, Research article, English, PDF full text	41	41	10	4	2	1
PsycInfo	Intermittent Claudication AND Quality of life	English, Journal articles	100	100	10	10	0	0

### Artikelgranskning

Kritisk granskning av vetenskapliga artiklar gjordes enligt de rekommendationer som finns i Polit & Beck (2006). Artiklarna skulle vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift och skulle ha genomgått en vetenskaplig granskning av s k *peer-review*. Av vikt var också att artikeln fanns tillgänglig för andra och kunde hittas via t ex någon databas.

Abstrakten skulle vara klara och tydliga och sammanfatta studien i stora drag. Introduktionen angav studiens syfte, problemformulering och om det var relevant för omvårdnad. Metoden skulle vara beskriven med noggrannhet och vara relevant för det som skulle undersökas. Även beskrivningen av urval, datainsamling och dataanalys skulle vara tydliga. Forskningsresultaten redovisades noggrant med hjälp av tabeller och figurer. I resultatdiskussionen tog artikelförfattarna upp styrkor och svagheter med studien och om resultaten var generaliserbara för t ex andra grupper.

Granskningsprotokollen för kvalitativa och kvantitativa studier skapade av Willman et al (2006) och modifierade av litteraturstudiens författare användes vid kvalitetsbedömning av artiklarna (se bilaga 1 och 2). Varje fråga tilldelades ett eller noll poäng beroende på om svaret var positivt eller negativt. Därefter räknades alla poäng och omvandlades till procenttal som sedan angav artikelns kvalitetsgrad. Artiklar som fick mindre än 60 % (Grad III) av maximal granskningspoäng (a a) exkluderades.

- Grad I 80-100%
- Grad II 70-79%
- Grad III 60-69%

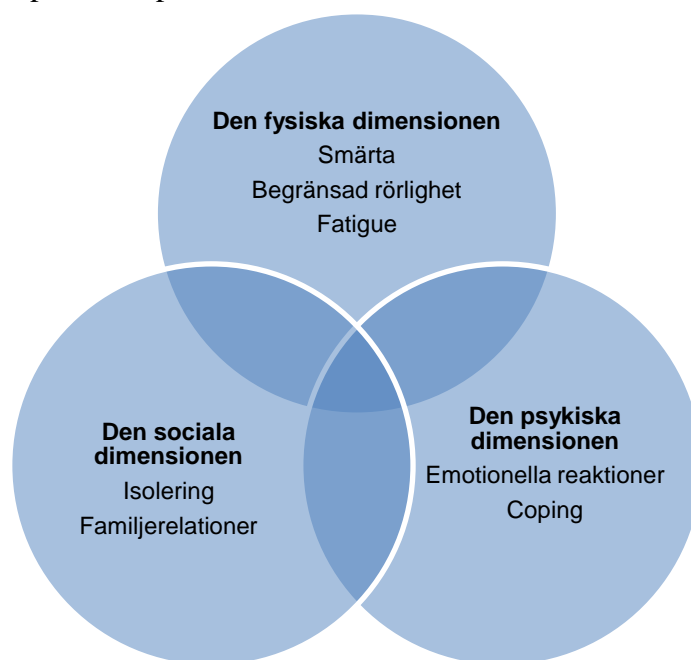
## Databearbetning

Under databearbetningen har författaren följt de råd som Axelsson (2008) rekommenderar. De valda artiklarna lästes noggrant för att få en översikt om det samlade materialet och under tiden tog författaren anteckningar. Sammanställningen av artiklarna gjordes i en matris (se bilaga 3) som var till hjälp för att få en översikt av artiklarna under arbetets gång. Viktiga teman i artiklarna identifierades och huvud- och underrubriker skapades som låg till grund för litteraturstudiens resultat.

## RESULTAT

Nedan följer en översikt av resultatet som redovisas utifrån tre huvudkategorier (se figur 3). Resultatet bygger på åtta artiklar vars sammanfattning återfinns i matrisen.

Livskvalité och påverkan på:



Figur 3. Litteraturstudiens huvud- och underkategorier. Figuren åskådliggör de tre dimensionernas ömsesidiga påverkan på varandra och livskvalitén.

### Livskvalité och påverkan på den fysiska dimensionen

Smärta, begränsad rörlighet och fatigue var vanligt förekommande hos CI patienter.

#### Smärta

I en kvalitativ studie gjord av Treat- Jacobson et al (2002) där 38 personer med perifer kärlsjukdom intervjuades var smärta det symptom som identifierades oftast. Smärtan beskrevs som smärta i vader som till karaktären var krampaktig vid gång men som avstannade vid avbruten aktivitet. De patienter som led av en högre grad av ischemi i benen hade upplevt smärta även i vila (a a). Liknande beskrivningar

av smärta återfinns i en annan kvalitativ studie där patienterna ger uttryck för den hemska smärtan och förändrade känslan i benen (Gibson et al, 1998).

Oron och rädslan för smärtan uttrycktes av deltagarna i ett par studier (Gibson et al, 1998; Hallin et al, 2002). I dessa studier beskrivs även den negativa effekt smärtan har på deras sömn. En av informanterna i studien gjord av Gibson et al (1998) berättade hur han/hon sov sittande i en stol under flera veckor eftersom det på grund av smärtan var meningslöst att lägga sig i sängen. En annan patient i Hallins et al (2002) studie menade att han/hon skulle återfå sin lycka om bara smärtan försvann.

Även i studien genomförd av Wann- Hansson et al (2005b) var smärtan det vanligaste symtomet som patienterna rapporterade om och den hade en enorm påverkan på deras livskvalité. Oftast kunde patienterna inte veta om de skulle få en bra dag eller inte på grund av smärtans oförutsägbara karaktär. Informanterna i studien använde olika metaforer för att beskriva den känsla som smärtan medförde såsom *en elektrisk chock, tusen nålar* eller *en känsla av att ha en kniv i foten* (a a).

Användningen av analgetika var begränsad på grund av rädslan för biverkningar såsom yrsel och konfusion (Wann- Hansson et al, 2005b). Istället hittade många deltagare på egna strategier för att lindra smärtan såsom att låta benen hänga ner på sidan av sängen och de var mycket stolta över att ha kommit på en sådan idé på egen hand. Ingen av vårdpersonalen hade berättat för dem vilken effekt gravitationen har på cirkulationen i benen. Andra deltagare i studien upptäckte att massage, gnidning och beröring hade en viss lindrande effekt på smärtorna (a a).

Patienterna sökte vård först när smärtan var outhärdlig och på grund av smärtans subjektiva natur upplevde de svårigheter att övertyga läkarna om allvaret i deras symptom vilket gjorde att diagnosen ofta blev försenad (Gibson et al, 1998). I väntan på diagnos upplevde många patienter frustration (Treat- Jacobsons et al, 2002). Någon beskrev hur han/hon fick uppsöka flera olika läkare innan den rätta diagnosen ställdes. I början av den progresserande sjukdomen hade de flesta deltagarna tolkat smärtan som en naturlig del av åldrandet och inte som ett symptom på en perifer kärlsjukdom (a a).

Efter den kärlkirurgiska behandlingen när den ischemiska smärtan i extremiteterna hade lättat upptäckte några deltagare att andra sjukdomar framträdde som förr maskerades av smärtan i benen (Wann- Hansson et al, 2008). Smärtlindringen och förmågan att sova igen var de största vinsterna för claudicatio patienter som genomgått revaskularisering (Wann- Hansson et al, 2005a; Wann- Hansson et al 2008).

### ***Begränsad rörlighet***

Begränsad rörlighet omfattade oförmågan att bemöta de fysiska kraven som ställdes i det vardagliga livet hos informanterna. Dessa begränsningar berodde oftast på en nedsatt gångförmåga hos informanterna och resulterade i att de fick avstå från t ex hushållsarbete eller rekreativa aktiviteter (Treat- Jacobson et al, 2002). Det var för en del av dem svårt att vara tvungen att avstå olika fritidsaktiviteter. En man i samma studie beskrev hur han fick eliminera fler och fler av sina intressen på grund av sjukdomen (a a). Hallin et al (2002) visar också på hur den begränsade rörelseförmågan negativt påverkade deltagarna i studien som uttryckte sin önskan att kunna delta i olika aktiviteter såsom dans, trädgårdsarbete och jakt.

De var kraftigt begränsade på grund av den fysiska funktionsnedsättningen (a a). Även deltagarna i Gibson et al (1998) studien hade upplevt fysiska begränsningar som tvingade dem att gå kortare sträckor och att gå långsammare. De kände att den förlorade mobiliteten begränsade deras oberoende och gjorde det svårt för dem att uppnå sina mål (a a). Breek et al (2001) visar också att claudicanternas rörlighet var betydligt sämre jämfört med friska personer.

I den kvalitativa studien gjord av Wann- Hansson et al (2005b) kände deltagarna att det drabbade benet var som en börda som begränsade deras möjligheter i livet. Det sjuka benet kändes tungt, kallt, livlöst och följde inte med resten av kroppen vilket gjorde det svårt för informanterna att använda det. Aktiviteter som cykling eller promenader fick ske långsamt och bara för kortare distans alternativt fick deltagarna i studien helt avstå dessa. Det kändes som ytterligare en begränsning att använda sig av olika hjälpmedel såsom käpp eller rullator och det associerades med tecken på åldrande (a a). Klevsgård et al (1999) redovisar att patienter med claudicatio intermittens hade generellt betydligt fler problem vad gäller aktiviteter i det dagliga livet jämfört med personer i kontrollgrupper.

I långtidsuppföljningen av patienter med claudicatio som hade genomgått ett kärlkirurgiskt ingrepp visade det sig att livskvalitén förbättrades signifikant gällande *fysisk rörlighet* (Wann- Hansson et al, 2005a). Dock visar samma studie att varaktigheten av ingreppet är begränsad när det gäller fysisk rörlighet (a a).

### *Fatigue*

Att leva med claudicatio intermittens innebar en förlust av energi med trötthet och maktlöshet som resultat. På grund av tröttheten var det svårt att genomföra de dagliga aktiviteterna vilket genererade känslor av att vara onyttig (Wann- Hansson et al, 2005b). En av informanterna beskrev hur han/hon på grund av tröttheten måste tvinga sig själv till att laga mat och diska från att tidigare ha varit en mycket aktiv person. Vidare beskrev informanten den inre striden med tröttheten och vägran att ge upp för den, men att det till slut inte gick att vinna över den (a a).

Vid uppföljningen av patienter sex och tolv månader efter ett kärlkirurgiskt ingrepp visade resultaten av studien (Wann- Hansson et al, 2005a) en signifikant förbättring när det gäller energi men vid uppföljningen efter fyra år har effekten av ingreppet bara haft en mindre effekt på informanternas energinivå.

### **Livskvalité och påverkan på den psykiska dimensionen**

CI orsakade även olika emotionella reaktioner som bidrog till sämre livskvalité. För att övervinna de negativa effekterna av sjukdomen utvecklade patienterna olika coping strategier.

### *Emotionella reaktioner*

Studierna visar på rädsla och förändrad sinnestämning hos personer som lider av CI.

**Rädsla för att vara beroende av andra.** Många deltagare uttalade en rädsla för att förlora sina fysiska funktioner och bli beroende av andras hjälp. Gradvis begränsning i gångförmåga och de olika inskränkningarna i det dagliga livet förutspådde en dyster framtid för många claudicanter (Treat- Jacobson et al, 2002). En informant framförde sin avsky till tanken på att vara tvungen att flytta till ett äldreboende (a a).

Majoriteten av deltagarna i Wann- Hansson et al (2008) studien har i olika grad blivit beroende av andras hjälp. Sex månader efter det kirurgiska ingreppet hoppades flera av dem att beroendet av andras hjälp enbart var tillfälligt. I samma studie beskrev en kvinna hur hon kämpade för att bevara sin självständighet så länge det gick med olika strategier. Hon berättade att för att klara av att torka golvet använde hon sig av en kontorsstol med hjul på. Men vid en intervju med samma kvinna två och ett halvt år efter ingreppet accepterade hon sitt beroende av andras hjälp och hade skaffat en städfirma (a a). Andra strategier för att förbli autonom var att ta den tid som behövdes för att utföra något och att anpassa de dagliga aktiviteterna till de resurser deltagarna hade (Wann- Hansson et al, 2005b). Sjukvårdspersonalen behöver stärka patienternas möjligheter att bevara sin självständighet genom att reducera utvecklingen av sjukdomen (a a).

**Rädsla för amputation.** Uttryck för rädslan att sjukdomen skulle leda till en amputation har varit ett vanligt inslag hos många deltagare i flera studier (Hallin et al, 2002; Treat- Jacobson, et al 2002; Wann- Hansson 2005b). Trots närvaron av rädsla för en amputation hade flera deltagare i Treat- Jacobson et al (2002) studien mycket lite kunskap om vilka faktorer som antingen kan påskynda eller förhindra en amputation. Många trodde att det är ett naturligt förlopp av sjukdomen och att de förr eller senare kommer att förlora någon/några av sina nedre extremiteter. En man uttryckte sin skräck över att någon dag behöva sitta i rullstol (a a).

En deltagare i Wann- Hansson et al (2005b) beskrev hur en hotande amputation påverkade humör och hur svårt det skulle vara att leva utan benet då han/hon var van vid ett mycket aktivt liv. En amputation skulle innebära en känsla av att ha en vanställd kropp menade en av de medverkande i Hallin et al (2002) studien.

**Nedstämdhet och känslan av att vara annorlunda.** Bedömningen av livskvalité med hjälp av Nottingham Health Profile som Klevsgård et al (1999) genomförde visar att emotionella reaktioner var vanligare hos patienter med claudicatio intermittens jämfört med kontrollgruppen. Ett frågeformulär som WHO skapat för att bedöma livskvalité visade att personer med claudicatio oftare upplevde negativa känslor än personer i den friska gruppen (Breek et al, 2001).

Humörsvängningar och depressiva känslor hos deltagarna framkom ur intervjustudien av Wann- Hansson et al (2005b). Anledningen till irritation hade sitt ursprung i att andra människor var omedvetna om den smärta och det lidande som claudicanter genomgått. Dock visar studien av Treat- Jacobson et al (2002) på att sinnesstämningen hos deltagarna berodde på hur långt framskriden sjukdomen var. De svårast drabbade av ischemi uttryckte oftare negativa känslor och de med mildare grad av ischemi befann sig mer i ett balanserat känslomässigt tillstånd och hade en mer positiv bild av sin sjukdom (a a). Många deltagare i studien har uttryckt både positiva och negativa känslor, vilket enligt Treat- Jacobson et al, (2002) visar på sjukdomens komplexitet.

Behovet att anpassa sitt liv till sjukdomen medförde känslor av att vara onormal, iögonfallande och generellt annorlunda än andra människor (Treat- Jacobson et al, 2002). En man beskrev hur han skämdes när han var tvungen att stanna ofta för att vila benen och trodde att någon skulle ringa polisen för att han stod utanför någons dörr utan anledning. En annan deltagare sa att skamkänslan fick honom att



gömma de begränsningar som sjukdomen orsakade inför sina arbetskamrater och vänner (a a).

### *Coping*

Det är vanligt att det utvecklas olika copingstrategier hos kroniskt sjuka i syfte att få kontroll över det som händer (Wann- Hansson et al, 2005b). Patienter med en perifer kärlsjukdom försökte anpassa sin livsstil till sjukdomen genom att t ex vara flexibel inför förändringar (Treat- Jacobson et al, 2002). I studien gjord av Wann- Hansson et al (2006) framkom att en omvärdering av meningen med livet och att ta dagen som den kommer var ett sätt att hantera motgångar. Genom att acceptera sjukdomens kroniska karaktär, sänka kraven och sätta upp realistiska mål för sig själv blev det möjligt att igen känna tillfredsställelse med livet (Wann- Hansson et al 2008, Gibson et al 1998). Somliga deltagare i Wann- Hansson et al (2005b) studien hanterade sin situation genom att jämföra sig med andra som befann sig i ett ännu sämre läge och genom att hitta nya intressen t ex läsning.

Deltagarnas uppfattning om hur mycket kontroll de hade över utvecklingen av sin sjukdom varierade avsevärt. Vissa hade lite eller ingen kontroll medan andra uppfattade sig ha bra kontroll över utvecklingen av sjukdomen (Treat- Jacobson et al, 2002). Kontrollbrist följdes av ovisshet om vad framtiden bär. En man i studien uttryckte sin maktlöshet över situationen som att han inte hade något annat val än att *gå med strömmen*. Omvänt har någon av deltagarna i samma studie uttryckt stor förmåga att hantera sin sjukdom (a a).

Försöken att förhindra framtida försämring uppfattades som mycket viktigt för att få tillbaka känslan av att ha kontroll. Ett sätt var att inse att tillståndet förmodligen inte kommer bli bättre men att det fanns möjlighet att ändra fokus till att inte bli ännu sämre (Wann- Hansson et al, 2008). För dem som genomgått en kärloperation var det viktigt att inte hamna i samma situation som före kirurgin och det motiverade dem till att göra förändringar i deras livsstil. Kontroll över sitt liv kunde också uppnås genom att t ex bli någon slags expert när det gällde medicineringen, behandlingen av sår och kunskapen om sjukdomen (a a). Det är just insikten och kunskapen om vad som händer när någon lider av en kärlsjukdom som ger en känsla av att ha kontroll och förmildrar oron och ångslan både hos patienter och hos deras familjer (Wann- Hansson et al, 2005b).

Valet att röka eller inte röka var ett annat sätt att få tillbaka kontroll över den situation som de kände sig maktlösa inför (Gibson et al, 1998). Beslutet angående rökningen var ofta det enda sättet för deltagarna att känna att de hade makt över situationen eftersom det bara är de själva som kunde avgöra när det gällde detta. Av de nio intervjuer som Gibson et al (1998) genomförde var det enbart en deltagare som såg sambandet mellan rökningen och utvecklingen av claudicatio.

Hoppet om ytterligare förbättring av symtomen var större sex månader efter kärilbehandlingen än två och ett halvt år efter ingreppet då hoppet övergått till att vara måttligt (Wann- Hansson et al, 2008) . Trots att flera av de cirkulatoriska problemen i benen återstod har informanterna kunnat acceptera och anpassa sig till att leva med dem (a a). Hjälpmedel såsom käpp eller rullator framkom i intervjuerna med Wann- Hansson et al (2005b) som något negativt men var mycket mer uppskattade under forskarnas intervjuer med samma deltagare två år senare (Wann- Hansson et al, 2008).

Som ett bifynd upptäckte Gibson et al (1998) att vissa deltagare utvecklade en *external locus of control* som en copingstrategi när det gällde behandlingen och tilliten till vårdpersonalen. Patienterna i studien trodde att deras bästa chans till förbättring låg i andras händer och att deras roll oftast var begränsad till att följa de regler som vårdpersonalen fastställde. Det har i Wann- Hansson et al (2005b) studien även framkommit en nästan okritisk tro på vårdpersonalen. Efter att patienterna hade fått sin diagnos kunde de äntligen känna lättnad och överlämna ansvaret till vårdpersonalen (a a).

Klevsgård et al (1999) genomförde en studie vars syfte inte enbart var att mäta livskvalitén hos personer med kronisk nedre extremitets ischemi utan även att se om det finns ett samband mellan livskvalité och Antonovskys *känsla av sammanhang* (eng. SOC, sv. KASAM). Studien visar att livskvalitén påverkas av både graden av ischemi i benen och av patientens KASAM (a a).

### **Livskvalité och påverkan på den sociala dimensionen**

Alla ovan nämnda effekter av CI hade även inverkan på den sociala dimensionen.

#### *Isolering*

I flera kvalitativa studier uppger deltagarna att de känner sig ofrivilligt isolerade på grund av sin sjukdom (Hallin et al, 2002, Wann- Hansson et al 2005b, Treat- Jacobson et al 2002).

De fysiska begränsningarna var ofta orsak till att deltagarna kände sig isolerade. I en intervju som Hallin et al (2002) genomförde sa en av informanterna att han/hon känner saknad efter att få kunna ta sina promenader med grannen. I både Wann- Hansson et al (2005b) och Treat- Jacobson et al (2002) studierna ville informanterna inte be sin omgivning att gå långsammare på grund av deras sjukdom utan istället avstod de dessa aktiviteter. De som deltog i aktiviteterna tillsammans med andra kände att de bromsade dem (Treat- Jacobson et al, 2002).

Begränsningar i det sociala livet såsom att ordna en fest eller att besöka vänner var också något deltagarna saknade (Wann- Hansson et al, 2005b). För patienter som genomgått revaskularisering var det sociala fortfarande av stor vikt (Wann- Hansson et al, 2008). Det fanns dock en viss distinktion från de förra i att ett samtal kunde vara lika uppskattat som ett besök eller att lyssnande på musik kunde alstra lyckokänslor som påminde om samma känslor som dansen en gång gav dem (a a).

Under långtidsuppföljningen av patienter som hade fått en kärloperation visar resultaten av studien (Wann- Hansson et al, 2005a) att efter sex och tolv månader efter ingreppet förbättrades livskvalitén i alla aspekter. Upp till fyra år efter ingreppet sågs en signifikant förbättring när det gäller social isolering hos claudicatio patienter (a a).

#### *Familjerelationer*

Informanternas oro över att bli en börda för familjen har framkommit av resultaten i flera studier (Treat- Jacobson et al, 2002; Wann- Hansson et al 2008; Hallin et al 2002). På grund av de begränsningar som sjukdomen medförde hos deltagarna fick de andra i familjen ta mer ansvar för att sköta hushållet (Treat- Jacobson et al 2002). Ofta innebar det att makarna fick utöka sina arbetstider för att kunna

behålla samma inkomst som innan sjukdomen. Känsla av otillräcklighet var därför ett vanligt inslag hos deltagarna i denna studie (a a).

Av de som arbetade har många varit oroliga över att mista sin anställning på grund av sjukdomens progression eller att de skulle tvingas byta till ett annat jobb (Treat- Jacobson et al, 2002). Utifrån det frågeformulär som WHO tog fram för att mäta livskvalité kunde Breek et al (2002) i sin studie se att arbetsförmågan hos personer som lider av claudicatio intermittens var signifikant sämre än hos friska personer.

De flesta deltagare i studien av Wann Hansson et al (2008) bodde med sina makar. När familjemedlemmar fick överta uppgifter som tidigare sköttes av den drabbade informanten skapade det en känsla av frustration och hjälplöshet. Det var skrämmande för informanterna att tänka på att deras maka/make själv kunde bli sjuk eller överarbetad (a a). Vidare visar Wann- Hansson et al (2008) att det blev viktigt för deltagarna att kunna göra så mycket som möjligt av hushållsarbetet för att få känna sig nyttiga. Ofta har den roll som claudicatio patienten hade inom familjen förändrats från att vara en auktoritet till att bli den i familjen som behövde mest hjälp (Wann- Hansson et al, 2005b).

## **DISKUSSION**

I det följande diskuteras den valda metoden i arbetet samt resultaten av de vetenskapliga artiklarna. Första delen av resultatdiskussionen ägnas åt resonemang om styrkor och begränsningar i några av artiklarna vilket kan ha betydelse för deras utfall. Sjuksköterskans roll och patientens behov av stödjande åtgärder diskuteras utifrån Carnevalis modell (1999) i slutet av resultatdiskussionen.

### **Metoddiskussion**

Valet att skriva en litteraturstudie gjordes dels för att få en bra sammanfattning av forskningsresultat i det valda ämnet och dels för att litteraturstudien ska kunna användas som en översikt av vetenskapligt material inför framtida empiriska studier i området (Friberg, 2006).

Litteraturstudiens författare följde Goodmans sju steg som översatts av Willman et al (2006), vilket var till hjälp att utföra arbetet på ett systematiskt sätt. Preliminärt avsattes två veckor för att utföra artikelsökningar och en vecka för att kvalitetsbedöma dem. Anledningen till att det avsattes tre veckor var att författaren ville ha tidsmarginal om det skulle visa sig att kvalitén på artiklarna var svag och sökningarna därför skulle få göras om.

I litteraturstudien ingår det både kvalitativa och kvantitativa studier trots att de förstnämnda eftersträvades. Då det visade sig att mätinstrumenten som användes för att mäta livskvalitén är valida i de kvantitativa studierna, inkluderades även de. När utfallet i båda typerna av studier jämfördes visade de i stort sett samma resultat vilket kan ses som en styrka i litteraturstudien.

Sökningar gjordes mest i databasen PubMed, dels för att litteraturstudiens författare känner sig mest bekväm med denna databas och dels för att sökningar som

genomfördes i de andra databaserna gav mycket lite variation i de vetenskapliga artiklarna. Det har inte gjorts någon tidsbegränsning i sökandet utan målet var att få så stort antal artiklar som möjligt. Det kan vara en svaghet med denna litteraturstudie eftersom det mest aktuella forskningsresultatet bör eftersträvas. Författaren la dock stor vikt vid hög kvalitet på artiklarna vilket kan stärka litteraturstudiens trovärdighet. Sökorden som skulle ha betydelse för problemformulering undersöktes och valdes noggrant och de söktermer som var icke-relevanta exkluderades. Detta tillvägagångssätt kan enligt Willman et al (2006) ge litteratursökningen hög sensitivitet och specificitet.

Artiklarna granskades utifrån Polit & Beck (2006) som anger kriterier för vetenskapliga artiklar. Kvalitetsbedömning gjordes med hjälp av granskningsprotokollet av Willman et al (2006) som anpassades till denna litteraturstudie. Två artiklar exkluderades då de bedömdes ha svag kvalitet (<60 %). Fem av artiklarna hade ett svenskt ursprung och är således överförbar till svenska förhållanden. En matris över artiklarna skapades och användes under hela skrivprocessen för att ge en översikt av artiklarnas huvudfynd.

Litteraturstudiens författare läste alla artiklar upprepade gånger för att få bra uppfattning om det samlade materialet. Olika teman markerades med färgpennor för att underlätta sorteringen av kategorierna. Resultatet blev tre stora teman med underkategorier. Initialt hade litteraturstudiens författare tre frågeställningar men slutligen exkluderades den sista som handlade om sjuksköterskans roll då artiklarnas resultat inte specifikt undersökte detta i sina studier utan mestadels inkluderade sjuksköterskans roll i sina diskussioner. Litteraturstudiens författare ville särskilja artiklarnas resultat från diskussionen för att behålla arbetets trovärdighet. Sjuksköterskans roll behandlas därför under resultatdiskussionen.

Eftersom det enbart finns en författare till uppsatsen korrekturlästes den av en utomstående för att upptäcka eventuella stavfel och påpeka otydligheter.

## **Resultatdiskussion**

Nedan följer resonemang kring artiklarnas styrkor och svagheter. Därefter diskuterar litteraturstudiens författare de erhållna resultaten.

### *Artiklarnas styrkor och svagheter*

Utav de åtta artiklar som ingick i litteraturstudien var tre stycken kvantitativa, en var baserad på både kvantitativ data och semistrukturerade intervjuer och resterande artiklar var kvalitativa intervjustudier. Enligt Polit & Beck (2008) kan valet mellan intervjuer och frågeformulär påverka utfallet och kvalitén i studierna. Frågeformulären har vissa fördelar jämfört med intervjuer. De kostar mindre att administrera och kan nå stora grupper i olika geografiska områden. Vid känsliga frågor finns det större möjlighet för respondenter att förbli anonyma. Dessutom undviker respondenterna den möjliga påverkan som intervjuare kan ha på deras svar (a a).

Styrkorna med intervjuer är emellertid fler än med frågeformulären, enligt Polit & Beck (2008). Det är lättare att ignorera frågeformulär som t ex kommer skickat med posten vilket kan leda till bias i studiens resultat. Unga, mycket gamla människor och blinda kan inte fylla i frågeformulären medan intervjuer kan genomföras med nästan alla grupper. Det finns mindre risk att frågorna blir missförstådda

vid intervjuer. Intervjuare kan också få mer information genom att t ex observera hur respondentens livssituation ser ut (a a).

Klevsgård et al (1999) och Wann- Hansson et al (2005a) använde båda ett Nottingham Health Profile (NHP) frågeformulär i sina studier. NHP är ett validerat och reliabelt instrument, dock har det kritiserats för en tendens att ha så kallad "golveffekt" (Klevsgård, 2004b; Wann- Hansson et al, 2005a). Golveffekt innebär att instrumentet inte är sensitivt på de patienter som har en mildare form av sjukdomen och ger då antingen noll eller nära noll poäng. Klevsgård et al (1999) och Wann- Hansson et al (2005a) tar upp den svagheten i sina studier där en mycket liten variation i svaren sågs i området *social isolering*. Instrumentet visade sig vara utmärkt för att demonstrera skillnaderna i *smärta, sömn och fysisk aktivitet* bland claudicanter, de som led av kritisk ischemi och kontrollgrupper (Klevsgård et al, 1999).

Enligt Wann- Hansson et al (2005a) finns det risk att den interna (undersökningens trovärdighet) och den externa (hur generaliserbar undersökningen är) validiteten i studier med långtidsuppföljning kan hotas t ex av sjukdomens progress, ålderrelaterad mortalitet eller andra problem som orsakas av aterosklerosen. Som svaghet i studien anger Wann- Hansson et al (2005a) den höga mortaliteten (23 %) vid fyra års uppföljning. Hög mortalitet är även enligt Polit & Beck (2008) ett hot mot studiernas trovärdighet. Dessutom pekar artikelförfattarna på en annan begränsning med studien, nämligen att det generella instrumentet användes istället för ett som är mer specifikt för patienter med kronisk extremitets ischemi.

Hallin et al (2002) studien baseras dels på semistrukturerade intervjuer med åtta öppna frågor men dessutom använde forskarna ett generiskt instrument Short Form-36 och ett självskattningsinstrument LiSat-11. Enligt Dempster & Donnelly (2000) verkar SF-36 ge den mest tillförlitliga, giltiga och känsliga bedömningen av livskvalité. Dock saknar några av SF-36 områdena en tillräcklig grad av känslighet för att upptäcka förändringar i patientens kliniska tillstånd (a a). LiSat-11 är en självrapporterad checklista vars syfte är att undersöka livstillfredsställelse och behandlar tio relevanta domäner i livet. Artikelförfattarna upptäckte att även om både SF-36 och LiSat-11 är skapade för att mäta samma aspekter av livskvalité så hade de svag korrelation.

Enligt Treat- Jacobson et al (2002) är det en begränsning i studien att patienter med perifer kärlsjukdom men som inte uppvisade symtom på sjukdomen inte ingick i studien. Det är dock enligt litteraturstudiens författare en rimlig avgränsning eftersom det är just sjukdomens symtom som har störst påverkan på patienternas livskvalité. Till att börja med har litteraturstudiens författare varit tveksam gällande storleken på undersökningsgruppen eftersom genomförandet av 38 djupintervjuer är en tidskrävande process. Emellertid är studien baserad på *grounded theory* vilket försvarar den stora undersökningsgruppen (Polit & Beck, 2008). Det är inte ovanligt att studier med denna ansats involverar intervjuer med 20 till 40 informanter (a a).

Urvalet i Wann- Hansson et al (2008) studien gjordes från den grupp av deltagare som hade intervjuats i tidigare forskning (Wann-Hansson et al, 2005b). Detta skulle kunna vara ett möjligt hot mot studiens *överförbarhet* (Wann-hansson et al, 2008). Dock är hela forskningsprocessen noggrant beskriven så läsaren kan avgöra om resultaten är överförbart till andra grupper eller inte (Polit & Beck, 2008).

Det finns också en risk att artikelförfattarna hade för mycket kunskap om sjukdomen vilket kan vara ett potentiellt hinder för att kunna se något nytt (Rosberg, 2008). Förförståelsen kan t ex bero på att första artikelförfattaren tidigare har varit sjuksköterska på kärlkirurgiska avdelningen men menar att i mötet med patienterna under processen var hon enbart som forskare (Wann- Hansson et al, 2008). Dessutom för att öka studiens  *trovärdighet* hade metoden använts konsekvent, analysen fokuserade på texten och flera forskare deltog i analysprocessen (a a).

### *Livskvalité och påverkan på den fysiska dimensionen*

De utvalda artiklarna i litteraturstudien redovisar att smärtan har en central roll när det gäller patienternas försämrade livskvalité.

I de kvalitativa studierna beskrev claudicanter den ischemiska smärtan i former av olika metaforer som skulle återspegla deras lidande. Eftersom smärtan är en subjektiv upplevelse är det bara den drabbade som vet hur det känns och hur intensiv värken är (Almås et al, 2002b). Även om omgivningen kan föreställa sig känslan av att få  *en elektrisk chock, en kniv i foten* eller  *tusen nålar* såsom någon deltagare i Wann- Hansson et al (2005b) beskrev sin smärta så är den drabbade personen ändå ensam om sin upplevelse, menar Almås et al (2002b). Detta kan förklara anledningen till att diagnosen hos claudicatio patienter har blivit försenad vilket skapade känslor av frustration hos patienterna (Gibson et al, 1998; Treat- Jacobson et al, 2002). När den som ska hjälpa den smärtpåverkade personen inte tar personen på allvar och verkligen tror på deras beskrivning skapar det en stark ensamhetskänsla, hjälplöshet och en känsla av att vara övergiven av andra som oftast är svårare att bära än själva smärtan (Almås et al, 2002b). Det framgår av Gibson et al (1998) studie att patienterna ofta var misstrodda av läkarna gällande smärtintensiteten och således blev diagnosen försenad. Även om den erhållna diagnosen skulle innebära att smärtan blir kronisk som när det gäller claudicatio intermittens upplever många patienter en lättnad när de får veta vad som egentligen orsakade lidandet (Almås et al, 2002b).

Trots att smärtan är en högst subjektiv upplevelse, är CI en medicinsk diagnos som kan objektiviseras med olika diagnostiska metoder, t ex status, anamnes, ABI (ankel- brachial index) mm. Hur kommer det sig att deltagarna i Treat- Jacobson et al (2002) och Gibson et al (1998) studier fick vänta på den rätta diagnosen så länge? Ett skäl kan vara att den ena studien är från USA och den andra från England och att riktlinjerna därför kan skilja sig åt från de som finns i Sverige. CI är en sjukdom med en typisk anamnes som borde leda läkarna till den rätta diagnosen. I Sverige är det huvudsakligen primärvården som claudicanterna initialt söker sig till och kan med fördel bli behandlade där om inte kritisk ischemi föreligger (Swedenborg, 2005). Det finns tre grundläggande principer som läkarna i öppenvården bör följa: att alltid mäta ankeltryck, att informera om betydelsen av livsstilsförändringar och att följa de principer som finns för medicinsk behandling (a a). Litteraturstudiens författare har inte kunskap om hur riktlinjerna för behandling av CI patienter ser ut i USA och England men resultaten av dessa två studier kan tyda på antingen dålig följsamhet av aktuella riktlinjer eller otydligt utformade riktlinjer.

En kombination av farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder kan lindra effekterna av CI. Dock har en studie visat att patienterna är rädda för biverkningar såsom förvirring och yrsel från de smärstillande medicinerna (Wann- Hansson et al, 2005b). Anledningen till att äldre lättare kan utveckla ovan nämnda biverk-

ningar beror på att hos äldre är kroppens förmåga att ta upp, fördela, omvandla och utsöndra läkemedlen försämrade (Bondeson, 2007). Även känsligheten för läkemedlen förändras med stigande ålder vilket bl a beror på förändringar i receptorer samt nedsatt funktion i olika organ (a a).

Det som är viktigt att poängtera här är att den farmakologiska behandlingen bör vara väl genomtänkt och att det ska finnas specifika mål med behandlingen för att patienterna ska känna sig trygga och väl motiverade för att fortsätta sin medicinering. Eftersom CI patienterna ofta är multisjuka är det antagligt att de tar många andra mediciner också. En fjärdedel av alla mediciner i Sverige konsumeras av äldre personer (Fastbom, 2005). Anledningarna till s k *polyfarmaci* är många, t ex finns det idag flera behandlingsmöjligheter, bristande dokumentation, ingen/dålig uppföljning och omprövning av medicineringen (a a). Felaktig medicinering kan leda till oönskade biverkningar som i värsta fall kan orsaka fallolyckor eller förgiftningstillstånd. Det orsakar inte bara lidande för den drabbade individen utan ökar även kostnaderna för samhället. Enligt Fastbom (2005) går många av de vårdkostnader som beror på felaktig medicinering att förebygga.

Lindring av smärta kan också uppnås med olika invasiva interventioner. Det visade sig att patienterna som opererades fick förbättrad sömn och mindre smärta (Wann- Hansson et al, 2008; Wann- Hansson et al, 2005a). Oftast opereras inte de patienter som lider av en mild eller måttlig claudicatio utan de behandlas både farmakologiskt och med hjälp av livsstilsförändringar (Österberg & Wahlberg, 2009). Rökstopp är en mycket viktig faktor i behandlingen av claudicatio patienter då det minskar risken för sjukdomens progress och för tidig kardiovaskulärdöd (Österberg & Wahlberg, 2009). Patienten får även bättre resultat av interventionen i form av symtomlindring om han/hon slutar röka (a a). Dessutom visar Folkhälsoinstitutets utvärderingsrapport (2005) att rökstopp minskar risken för postoperativa komplikationer. För kärlsjuka patienter innebär rökning förlängd läkartid upp till 70 % efter revaskularisering med en bengtraft (a a). Livsstil är en mycket viktig faktor i rekonvalescensen och patienterna bör uppmanas till motion, rökstopp och förändrade matvanor.

Med den kunskapen kan ställas frågan om läkarna ska ha rätt att neka en operation om patienten inte ändrar sin livsstil? Vissa kliniker har redan infört obligatorisk rökavvänjning före operationen (Läkartidningen, 2010). Det har väckt starka känslor hos många som menade att det är särbehandling medan läkarna menade att det är för patienternas bästa (a a). Wann- Hansson (2007) föreslår istället att det borde finnas utbildningar i livsstilsförändring för patienter med perifer kärlsjukdom. Men trots att det idag finns ett antal sjukhus med rökavvänjningsgrupper klarar inte alla av att sluta röka (Österberg & Wahlberg, 2009). Det är även viktigt att sjukvårdspersonalen blir en förebild för patienterna genom att inte röka, åtminstone inte på arbetsplatsen. Enligt litteraturstudiens författare kan det ha betydelse för tilliten till personalen. Sjuksköterskor ska enligt ICN, *International Council of Nurses*, (Socialstyrelsen, 2005) bl a främja hälsa samt förebygga sjukdom. Rökfrihet både bland personal och bland patienter bör därför vara högt prioriterade inom sjukvården.

När patienterna har försökt att förändra livsstilen med gångträning och rökstopp och claudicatio intermittens fortfarande är handikappande, finns det idag i Sverige möjlighet att få recept på ett läkemedel som kan förlänga gångsträckan. Läkemedlet heter Cilostazol (Östergren & Wahlberg, 2009). SBU (2010) sammanställde

resultaten av sex studier vars syfte var att undersöka effekten av Cilostazol. Studierna visar att läkemedlet förlänger gångsträckan med ca 50 meter jämfört med placebo. Före medicineringen kunde patienterna i dessa studier gå mellan 100 och 250 meter (a a). Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag, enligt SBU (2010), när det gäller Cilostazols effekter i förhållande till rökstopp och handledd gångträning eftersom det inte framgår i de sex studierna hur mycket utav åtgärderna patienterna fick. Det finns en klar risk med medicinering av detta slag eftersom det är lättare att föreskriva en tablett än att ta itu med t ex rökningen eller träningen (a a). Medicinering borde noggrant övervägas och föreskrivas först när patienten har provat alla alternativ.

Breek et al (2001) ställer sig tveksam till att gångträning kommer att ha en positiv inverkan på patienternas livskvalité och ifrågasätter vikten av gångträning. Istället menar Breek et al (2001) att samsjuklighet vid claudicatio borde hamna i fokus och att den korta gångsträckan bara är en manifestation av en mer komplex underliggande sjukdom. Det är emellertid inte alla som delar denna uppfattning. Bergkvist och Ståhle (2008) påstår att träning vid CI förlänger gångsträckan, reducerar smärtan och därmed förhöjer livskvalitén. Dessutom kan träningen fördröja utvecklingen av sjukdomen (a a). Enligt litteraturstudiens författare är det högst individuellt hur livskvalitén definieras och även om patienter bör uppmanas till gångträning. Pga alla de positiva effekter som nämns i litteraturen är det osäkert om patientens upplevelse av livskvalité skulle förbättras eller förändras.

#### *Livskvalité och påverkan på den psykiska dimensionen*

Fysiska inskränkningar hos claudicanter återspeglar sig i deras mentala hälsa och deras sinnesstämning.

*Rädsla* både för att vara beroende av andras hjälp och för att förlora sitt ben framkom i flera studier (Treat- Jacobson et al, 2002; Wann- Hansson et al, 2005b, 2006; Hallin et al, 2002). Tamm (2002) beskriver rädsla utifrån Kellys kognitiva personlighetsteori där rädslan uppstår när en människa ställs inför nya okända situationer. Personen försöker skydda sig själv mot det som hotar den invanda strukturen i livet. Eftersom han/hon tvingas till att ändra tolkningen av sin tillvaro skapas en rädsla (a a). Erhållandet av en diagnos, speciellt om den inte är botbar innebär att hela livet ska omdefinieras och patienter kan reagera med t ex rädsla. Den rädsla som uttrycktes av deltagarna i studierna kan också bero på att i dagens samhälle värdesätts förmågan att vara produktiv, effektiv och självständig högt (Tornstam, 2005). Följaktligen skapas det negativa känslor gentemot dem som är improduktiva, sjuka och beroende av andras hjälp. Så länge som möjligt har flera deltagare i studier kämpat för att bevara sin autonomi men slutligen var de mer eller mindre tvungna att ta emot andras hjälp.

En annan anledning till att rädsla uppstod kan vara claudicanternas okunskap om den aktuella sjukdomen. Studien av Treat- Jacobson et al (2002) visade att deltagarna saknade kunskap om sin sjukdom och ofta var rädda för att amputation blir ett faktum förr eller senare. Detta kan ha en stor betydelse för hur patienterna väljer att leva med sjukdomen. Om de tror att amputation ändå är ett oundvikligt faktum kan det påverka deras syn på livsstilsförändringar på så sätt att de inte slutar röka eller börjar motionera med den förklaringen att det ändå inte kommer att förändra någonting. Treat- Jacobson et al (2002) menar att ju mer kunskap om sjukdomen patienterna har desto större påverkan har de på hur sjukdomen utvecklas.



En känsla av att vara annorlunda upptäcktes i en studie (Treat- Jacobson et al, 2002). Även om sjukdomen inte är direkt synlig för andra människor hade claudicanter upplevt sig själva iögonfallande. CI är mer känd bland människor som *fönstertittarsjuka* och det visar på den skam som den drabbade känner på grund av de frekventa pauser som han/hon tvingas ta. Skammen kan alstra ett brett spektrum av olika psykiska reaktioner som depression, paranoidea föreställningar, ätstörningar, sociala fobier och aggressiva utbrott (Carlander, 2006). I Wann- Hansson et al (2005b) studien har deltagarna berättat att de ibland kände sig irriterade och nedstämda på grund av att omgivningen inte förstod det lidande som de gått genom. Även en känsla av främlingskap inför sin egen kropp skulle kunna förklara de emotionella reaktioner som claudicanter upplevde. Enligt Hansson Scherman (2008) kan både sjukdomen och medicineringen utgöra en fara för identiteten. I ett försök att bevara sin identitet och behålla kontrollen över sin livssituation utvecklar individer olika strategier och förhållningsätt (a a).

Både passiva och aktiva strategier utvecklades i det ändamålet. Aktiv coping innebär t ex att skaffa sig kunskap om sjukdomen och behandlingen. Denna strategi gav flera patienter i Wann- Hansson et al (2005b) studien ett redskap för att hantera den nya situationen som de befann sig i. Strategin kan även hjälpa patienterna att acceptera att sjukdomen är irreversibel så att fokus kan hamna på att undvika ytterligare försämringar. Andra hittade tröst i tanken på att det finns människor som befinner sig i ett sämre läge än de själva, vilket enligt Wann- Hansson et al (2005b) är ett exempel på en *emotionell fokuserad coping* som kan hjälpa claudicanter att se mer positivt på sin situation. Detta tillvägagångssätt kan anses vara ändamålsenligt för patienter eftersom det inte är särskilt svårt att finna någon som lider av en värre sjukdom eller bara är allmänt mindre lyckligt lottad i livet. Den subjektiva känslan av välbefinnande förbättras även om strategin kan uppfattas av omgivningen som känslolokal.

Mindre funktionella sätt att behålla kontrollen över situationen sågs i Gibson et al (1998) studie där patienterna kände att beslutet om rökningen var det enda sättet för dem att ha makten över sina liv. Detta exempel kan enligt litteraturstudiens författare illustrera att människorna är benägna att vidta även för dem själva mycket destruktiva åtgärder i ett desperat försök att bevara kontrollen oavsett konsekvenserna. De saknar mer funktionella kognitiva redskap för att uppleva en känsla av att ha kontroll.

Trots att Gibson et al (1998) studiens ursprungliga syfte inte var att undersöka deltagarnas *locus of control* har de upptäckt att flera deltagare utvecklade en yttre kontroll (*external locus of control*). Deltagarna hade en nästan orubblig tro på vårderna och alla deras beslut. Samma strategi ses i studien av Wann- Hansson et al (2005b). Det är önskevärt från vårdens sida att patienterna tror på deras kunskaper och har förtroende för de beslut som fattas. Samtidigt finns det en strävan efter att patienterna ska vara delaktiga i vårdprocessen. Det är en svår balansgång enligt Björvell & Insulander (2008) eftersom det är lätt för sjukvårdarna att i sin önskan att göra personen frisk glömma värdet av patientens medbestämmanderätt. Enligt Gibson et al (1998) borde patienten ges möjlighet att välja om han/hon vill vara delaktig i sin behandling eller inte eftersom vissa kan föredra att någon annan har kontroll över situationen.

Enligt Klevsgård et al (1999) kan variationen i upplevelsen av livskvalitet hos kärlsjuka patienter förklaras med olika stark känsla av sammanhang så att de med

låg livskvalité också har låg KASAM. Dessa patienter har större behov av flera kompletterande sjukvårdsåtgärder såsom smärtlindring, emotionellt stöd och hjälp med att hantera de påfrestningar och begränsningar som kärlsjukdomen förorsakar (a a). Om en person har låg grad av *begriplighet* som är en av komponenterna i Antonovskys modell har han/hon svårt att förstå olika situationer som uppstår. Ett exempel på låg begriplighet kan vara de åtta deltagare i Gibson et al (1998) som inte såg sambandet mellan sin sjukdom och rökningen. Således blir det svårt för dem att ändra sina rökvanor.

De deltagare som hittade lösningar på de olika problem som sjukdomen förde med sig kan tänkas ha en stark utvecklad *hanterbarhet*. Enligt Taam (2002) känner sig inte en sådan person, trots att han/hon befinner sig i en okänd och stressig situation, som ett offer för olika omständigheter utan känner förmågan att själv kunna påverka händelseförloppet. Men den viktigaste komponenten för Antonovsky var *meningsfullhet* eftersom människor som upplever sina problem meningsfulla på något sätt lyckas finna resurser för att hantera dem. Utan att se mening i en viss situation hjälper det inte även om de två andra komponenterna finns, personen känner då inget engagemang (a a).

### *Livskvalité och påverkan på den sociala dimensionen*

De inskränkningar som syns i den sociala dimensionen hos claudicanter kan enligt litteraturstudiens författare bero på smärta, sömnbrist, begränsad rörlighet samt den sinnestämning som claudicanter upplevde. Detta visar komplexiteten i claudicatio intermittens som bör ses i sin helhet och inte enbart som dålig cirkulation i benen.

Ofta har sjukdomen inneburit en påfrestning på familjerelationer. Den sjuke som tidigare hade en auktoritetsställning var nu tvungen att mer eller mindre acceptera att andra tog ansvar för deras tidigare sysslor. Det kan vara svårt att hantera en sådan förändring och patienten kan behöva stöd från sin omgivning. Claudicatio patienter har också oroat sig för att inte klara av att arbeta vilket skulle få ekonomiska konsekvenser för hela familjen. Enligt Wann- Hansson et al (2008) ställer en kronisk sjukdom unika krav på hela familjen och att de därför tillsammans med patienten borde delta i undervisningsprogrammet. Dock menar Sand (2002) att hälso- och sjukvården inte riktigt än har definierat de närståendes roll. Det tas inte hänsyn till familjens behov när personalen planerar vården av den sjuke. Även om det är önskevårt att vårdpersonalen också har patientens familj i åtanke är det inte alltid möjligt dels pga resursbrist och dels pga tidsbrist.

### *Patientens behov av stöd, information samt sjuksköterskans roll*

Utfallet i ett flertal av studierna som ingick i litteraturstudien föreslår olika former av stöd och undervisning för claudicatio intermittens patienter.

Vid planeringen av smärtbehandling för patienter med claudicatio intermittens är det väsentligt att ha med patientens egna erfarenheter och strategier som han/hon använt för att lindra smärtan (Wann- Hansson et al, 2005b). Vidare menar Wann- Hansson et al (2005b) att ett av de viktigare målen vid omvårdnad av claudicatio patienter är undervisning om smärtan och om de olika metoder som kan användas för att hantera den och att det därför är av stor vikt att ha patientperspektivet med i processen. Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller den farmakologiska behandlingen av smärtan. I sin roll har han/hon en uppgift att följa upp, utvärdera

de mediciner som patienter tar och samtidigt skall han/hon undervisa och stödja patienter i förloppet (a a).

Sjuksköterskan bör vara observant på hur patienten reagerar på de smärtlindrande medicinerna och vid behov konsultera läkaren för att ändra dosen. Med hjälp av konkreta frågor har sjuksköterskan lättare att bedöma graden av patientens smärta (Almås et al, 2002b). Eftersom smärtan ofta påverkar sömn, koncentrationsförmåga, aptit, andning och kan skapa negativa känslor hos patienten såsom vrede, depression, oro, irritabilitet så bör frågorna handla om dessa områden (a a). Utifrån patientens svar kan sjuksköterskan bedöma t ex om dosen är tillräcklig eller om den förväntade effekten varar tillräckligt länge och tillsammans med patienten sätta upp mål för smärtbehandlingen.

Carnevalis modell (1999) *Dagligt liv och funktionellt Hälso tillstånd* kan hjälpa sjuksköterskan att bedöma om patienten har tillräckligt med både *yttre och inre resurser* för att klara sitt dagliga liv. Sjuksköterskan kan kartlägga konkreta områden hos claudicanter som påverkas av smärta och hjälpa honom/henne att hantera dessa på bästa möjliga sätt.

Sjuksköterskans roll är att i största mån lindra smärtan med hjälp av adekvata åtgärder och undervisa både patienter och närstående (Socialstyrelsen, 2005). Med hjälp av enkla råd som att cirkulationen förbättras då benen hänger ner skulle patienterna i Wann- Hansson et al (2005b) undvika onödigt lidande om bara informationen gavs i tid.

Eftersom effekterna av revaskularisering är tidsbegränsad (Wann- Hansson et al, 2005a) borde patienterna genomgå ett strukturerat undervisningsprogram som behandlar vikten av fysisk aktivitet, rökstopp och andra livsstilsförändringar, föreslår artikelförfattarna. Sjuksköterskan kan stödja patienten både genom att stärka hans/hennes *motivation* som enligt Carnevali (1999) är en inre resurs samt att hjälpa patienten med de olika *tekniska hjälpmedel* (yttre resurs) som kan behövas vid träningen. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om vilka tekniska redskap som är lämpliga för detta ändamål samt hur dessa kan anskaffas (a a).

CI patienter har problem med många av de aktiviteter som utförs i det dagliga livet men som skulle kunna utföras om de anpassades till individens funktionella förmåga, enligt Carnevali (1999). Sjuksköterskan bör sammanställa balansen mellan de olika aktiviteterna och patientens förmåga att delta i dem. Hur en patient upplever en viss aktivitet eller vilken betydelse den har för patienten är väldigt individuellt och sjuksköterskan bör vara uppmärksam på detta.

Immobilitet var bland deltagarna ett stort hinder för att klara det dagliga livet. Sjuksköterskan bör reflektera över vilka resurser och hinder det finns i bostadsmiljön beroende på individens funktionella förmåga och behov (Carnevali, 1999). Eftersom claudicanterna är kapabla till att bara gå kortare sträckor är det t ex viktigt att se över om det finns hiss eller trappor, bra belysning samt om det finns möjlighet att umgås med andra människor. Genom att anordna olika sorters transporthjälp bidrar det, enligt Carnevali (1999), till förbättrad livskvalité.

I två studier kom forskarna fram till att vissa patienter överlämnar hela ansvaret gällande behandling till sjukvårdspersonalen (Gibson et al, 1998; Wann- Hansson et al, 2005b). Enligt Carnevali (1999) är det viktigt att sjuksköterskan kan kartläg-

ga skälet till detta beteende. Patienten kan sakna kunskap eller motivation för att delta i sin behandling och sjuksköterskan måste diagnostisera orsaken eftersom bristande kunskap inte kan bemötas på samma sätt som bristande motivation (a a).

Med sjuksköterskans stöd kan claudicatio patienter lära sig hantera sitt liv med sjukdomen och eliminera rädslan. *Kunskap* som är en inre resurs, enligt Carnevali (1999), omfattar det som patienten vet om sjukdomen, behandlingen samt om vilka resurser som kan utnyttjas. För att patienter som lider av claudicatio intermittens ska kunna ha en bra livskvalité måste han/hon anpassa sitt liv till den nya situationen. Det kan ske med hjälp av ett ömsesidigt utbyte av kunskap mellan patienten och sjuksköterskan i en jämbördig relation (Björvell & Insulander, 2008). Båda parter bör ses som experter, patienten på sitt liv och på hur han/hon kan leva med sin sjukdom och vårdpersonalen på det medicinska området och omvårdnad (a a).

Resultaten i studierna visade också att claudicanternas känslomässiga tillstånd förändrades. Smärtan ledde till att patienterna hade sömnproblem som i sin tur kan orsaka obalans mellan krav och resurser eftersom en bra sömn spelar en viktig roll i hur människor fungerar i det dagliga livet. Trötthet och orkeslöshet kan alstra en känsla av nedstämdhet och irritabilitet. Men för att kunna upptäcka förändringar i sinnesstämningen är det viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap om patientens normala tillstånd enligt Carnevali (1999). Alla människor är olika till naturen, vissa ser mer positivt på omvärlden andra har i sin personlighet en tendens att vara ängsliga och misstänksamma. Det kan ha betydelse för hur patienten reagerar t ex på en viss behandling eller operation och alltså bör personalen känna till både patientens normala och aktuella sinnesstämning (a a).

Nedstämdhet och försämrad hälsa kan även, enligt Carnevali (1999), bero på sämre ekonomi. Utfallet i ett par studier visade på att CI patienter hade svårigheter att behålla sina anställningar. Att mista sin anställning på grund av sjukdomen kan skapa känslor av otillräcklighet för individen och ökad stress i det dagliga livet. Sjuksköterskan bör vara medveten om hur det påverkar familjen och själva patienten även om det inte ligger i hennes roll att ta hand om patientens ekonomiska situation (a a).

Men det är inte enbart kartläggning av patientens inre respektive yttre resurser som sjuksköterskan bör ta hänsyn till inom den specifika omvårdnaden, menar Carnevali (1999). Det är även viktigt att sjuksköterskan frågar sig vilka resurser som behövs med tanke på individens och familjens funktionella förmåga och vilka som kan göras tillgängliga för dem samt vad patienten faktiskt kommer att acceptera och använda i sitt dagliga liv (a a).

## **KONKLUSION**

Claudicatio intermittens innebar för deltagarna i studierna en stor påfrestning på det dagliga livet. De symtom sjukdomen orsakade hade negativ påverkan på claudicanternas fysiska, psykiska och sociala funktioner. Smärtan var det mest framträdande hos alla claudicanter och ledde till sömnsvårigheter, begränsad rörlighet följt av social isolering och emotionella reaktioner. Resultaten visar att patienterna

behöver information om effekter av både farmakologiska och icke farmakologiska åtgärder för att lindra den. En svår konsekvens av claudicatio intermittens var känslan av att vara beroende av andras hjälp och sjukvården borde erbjuda stödjande åtgärder för att patienterna skall kunna förbli oberoende av andra så länge som möjligt. Patienterna utvecklade olika strategier för att hantera symtomen och för att anpassa sina liv till sjukdomen. Sjuksköterskan bör hjälpa patienten att utveckla funktionella coping strategier. Vidare var upplevelsen av låg livskvalité associerad med låg KASAM och dessa patienter förmodligen behöver fler kompletterande åtgärder. Det krävs således en särskilt utformad utbildning för claudicanter gällande sjukdomens art samt olika livsstilsfaktorer som påverkar sjukdomsutvecklingen.

## **FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING**

Majoriteten av deltagarna i de studier som inkluderades i denna litteraturstudie var män och det hade varit intressant att undersöka om det bland claudicanterna förekommer könsskillnader i upplevelsen av livskvalité.

## REFERENSER

Almås, H (2002a) Omvårdnad vid amputation. I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad del II*, Stockholm Liber, s 695.

Almås, H et al (2002b) Smärta. I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad del I*. Stockholm: Liber, s 65- 114.

Andersson, E P (2008) Etnografi. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur s 41- 55.

Areklett, E et al (2002) Omvårdnad vid cirkulationssvikt. I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad del I*. Stockholm: Liber, s 446- 449.

Axelsson, Å (2008) Litteraturstudie. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur s 173-188.

Beriqvist, D & Ståhle, A (2008) Benartärsjukdom. I: *FYSS 2008, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Statens Folkhälsoinstitut R 2008:4.

Björvell, H & Insulander, L (2008) Patient empowerment- ett förhållningssätt i mötet med patienten. I: Klang Söderkvist, B (red) *Patientundervisning*, Lund: Studentlitteratur, s 91.

Bondeson, Å (2007) Praktisk läkemedelsanvändning. I: Norlén, P (red) *Basal farmakologi*, Liber, s 66-67.

Breek, J.C et al (2001) *Quality of life in Patients with Intermittent Claudication Using The World Health Organization (WHO) Questionnaire*, Eur j Vasc Endovasc Surg 21, 118- 122 (2001).

Carlander, J (2006) *Starka känslor*, Författaren och Förlagshuset Gothia AB, 2006.

Carnevali, D (1999) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber.

Dempster, M & Donnelly, M (2000) *Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease*. Heart. 2000;83(6):641-4

Fastbom, J (2005) *Äldres läkemedel*. Stockholms läns landsting. ISBN 91-85209-41-26.

Friberg, F (2006) Att göra en litteraturstudie. I Friberg, F (red) *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Författarna och studentlitteratur s 117.

Folkhälsoinstitutet (2005) *Kan rökstopp förebygga postoperativa komplikationer?* Stockholms landsting.

- Gibson, J et al (1998) *Pain and powerlessness: the experience of living with peripheral vascular disease*, Journal of advanced nursing, 1998, 27, 737-745.
- Hedner, L P red. (2007a) Atherosclerosprocessen och dess relation till energiomsättningen. I: Hedner L P *Invärtesmedicin*. Studentlitteratur 2007, s 9.
- Hedner, L P red. (2007b) Atherosclerossjukdom i hjärtats kranskärl. I: Hedner, L P *Invärtesmedicin*. Studentlitteratur 2007, s 39.
- Hallin, A et al (2002) *Areas of Concern, Quality of life and Life Satisfaction in Patients with Peripheral Vascular Disease*, Eur j Vasc Endovasc Surg 24, 255-263 (2002).
- Johannesson, A (2009) *Incidence, postoperative care, and prosthetic functional outcome with focus on trans-tibial amputation*, Dept of Clinical Sciences, Lund.
- Järhult, J & Offenbartl, K (2008) *Kirurgiboken*, Liber.
- Klevsgård, R et al (1999) *Quality of Life Associated with Varying Degrees of Chronic Lower Limb Ischaemia; Comparison with a Healthy Sample*, Eur j Vasc Endovasc Surg 17, 319-325 (1999), Article No. ejvs. 1998.0773.
- Klevsgård, R (2004a) Livskvalitet hos patienter med kronisk ischemi. I: Andersson, R et al *Kirurgiska sjukdomar*. Studentlitteratur 2004, s 218-219.
- Klevsgård, R (2004b) Livskvalitet. I: Norgren, L (red) *Vensjukdomar*. Studentlitteratur 2004, s 31-35.
- Lindeman Steen, L et al (2001) Omvårdnad vid hudskador och hudsjukdomar. I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad del II*. Stockholm: Liber, s 981.
- Läkartidningen (2010) *A non smoking operation*, Nr 5 Volym 107.
- Nationalencyklopedi (2010) > <http://www.ne.se.support.mah.se/lang/livskvalitet> < 2010-05-01
- Ottosson, H & Ottosson, J O (2007) *Psykiatri boken*. Stockholm: Liber.
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of nursing Research- Methods, Appraisal and Utilization (6<sup>th</sup> edition)*. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D & Beck, C (2008) *Essentials of nursing Research- Methods, Appraising Evidence for Nursing Practice (7<sup>th</sup> edition)*. Philadelphia: Lippincott.
- Risberg, B (2004) Kärlikirurgi. I: Andersson, R et al *Kirurgiska sjukdomar*. Studentlitteratur 2004, s 204-206.
- Rosberg, S (2008) Fenomenologi. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur s 85-105.

- Rosengren, A (2009) Hjärt-kärlsjukdomarna epidemiologi. I: Lindgärde, F et al *Kärlsjukdomar Vaskulär medicin*. Lund: Studentlitteratur 2009, s 25-27.
- Sand, A M (2002) Se mig också – att vara närstående, I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad del I*, Stockholm Liber, s 31-36.
- SBU (2010) > <http://www.sbu.se/201001> < 2010-01.
- Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnr 2005-105-1.
- Swedenborg, J (2005) *Kronisk extremitetsischemi*. Regionalt vårdprogram, Stockholm läns landsting. ISBN 91-85209-41-30.
- Tamm, M (2002) *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur 2002.
- Tornstam, L (2005) *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Treat-Jacobson et al (2002) *A Patient-derived Perspective of Health-related Quality of Life with Peripheral Arterial Disease*, *Journal of Nursing Scholarship*, 2002; 34:1, 55-60.
- Wann-Hansson et al (2005a) *Health-related quality of life after revascularization for peripheral arterial occlusive disease: long term follow-up*, *Journal of Advanced Nursing* 51 (3), 227-235.
- Wann-Hansson et al (2005b) *Patients' experiences of living with peripheral arterial disease awaiting intervention: a qualitative study*, *International Journal of Nursing Studies* 42 (2005) 851-862.
- Wann-Hansson et al (2008) *The long-term experience of living with peripheral arterial disease and the recovery following revascularization: A qualitative study*, *International Journal of Nursing Studies* 45 (2008) 552- 561.
- Wann-Hansson, C (2007) Etiska reflektioner kring vården av patienter med kronisk ischemi i benen. > <http://www.karkir.com/node/13> < 2007- 01-04.
- WHO (1946) *Constitution of the world health organization*. Geneve.
- WHO (2009) > <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> < September 2009.
- Willman, A & Stoltz, P & Bahtsevani, C (2006) *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Östergren J & Fagrell B (2000) Claudicatio intermittens och kritisk ischemi. I: Lindgärde, F et al *Kärlsjukdomar - prevention och behandling*. Lund: Studentlitteratur 2000, s 120- 127.



Östergren J & Wahlberg E (2009) Claudicatio intermittens och kritisk ischemi. I: Lindgärde, F et al *Kärlsjukdomar Vaskulär medicin*. Lund: Studentlitteratur 2009, s 303-310.

## **BILAGOR**

Bilaga 1: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Bilaga 3: Artikelmatris

## Bilaga 1. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Modifierad av litteraturstudiens författare utifrån Willman et al (2006).

### Forskningsmetod

RCT       CCT (ej randomiserad)

Multicenter, antal center .....

Kontrollgrupp/er

### Patientkaraktäristika

Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

### Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner

Ja

Nej

### *Intervention*

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

**Vad avsåg studien att studera?** D v s vad var dess primära respektive sekundära effektmått

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

Urvalsförfarandet beskrivet?

Ja

Nej

Representativt urval?

Ja

Nej

**Bortfall**

- Bortfallsanalysen beskriven?  Ja  Nej
- Bortfallsstorleken beskriven?  Ja  Nej
- Adekvat statistisk metod?  Ja  Nej
- Etiskt resonemang?  Ja  Nej

*Hur tillförlitligt är resultatet?*

- Är instrumenten valida?  Ja  Nej
- Är instrumenten reliabla?  Ja  Nej
- Är resultatet generaliserbart?  Ja  Nej

**Huvudfynd.** Hur stor var effekten? Hur beräknades effekten? NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning

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

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

- Bra  Medel  Dålig

**Kommentar** .....

.....

.....

**Granskare (sign):** .....

## Bilaga 2. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Modifierad av litteraturstudiens författare utifrån Willman et al (2006).

Tydlig avgränsning/problemformulering?  Ja  Nej  Vet ej

### Patientkaraktäristika

Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang?  Ja  Nej  Vet ej

### Urval

- Relevant?  Ja  Nej  Vet ej

- Strategiskt?  Ja  Nej  Vet ej

### Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

- datainsamling tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

- analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

### Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder datamätnad?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder analysmättnad?  Ja  Nej  Vet ej

### Giltighet

- Redovisas resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

**Huvudfynd.** Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

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

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Bra       Medel       Dålig

**Kommentar** .....

.....  
.....

**Granskare (sign):** .....

### Bilaga 3. Artikelmatris

Författare, år, land	Titel	Syfte	Typ av studie	Urval	Metod	Huvudfynd	Kvalitet (Bra/Medel/Dålig)
<b>Breek et al (2001) Holland</b>	“Quality of life in Patients with Intermittent Claudication Using The World Health Organization (WHO) Questionnaire”	Att mäta livskvalitet hos claudicanter	Kvantitativ	151 patienter med claudicatio intermittens	World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument - 100	Patienter fick betydligt sämre poäng i områdena fysisk hälsa och självständighet, liksom i aspekterna smärta och obehag, energi och trötthet, rörlighet, aktiviteter i det dagliga livet, beroende av läkemedel och behandlingar, arbetsförmåga, negativa känslor, rekreation och fritid och övergripande QOL och allmän hälsa.	Grad I (80 %)
<b>Gibson et al (1998) England</b>	“Pain and powerlessness: the experience of living with peripheral vascular disease”	Att undersöka erfarenheterna av att leva med perifer kärlsjukdom och att undersöka hur behandling påverkar personernas coping strategier.	Kvalitativ	9 patienter som genomgått rekonstruktiv kirurgi i benen.	Interview, Grounded Theory	Alla deltagare hade upplevt en maktlöshet i relationen till deras hälsotillstånd och i relationen till behandlingen. Studien visar på att patienterna ofta har orealistiska förväntningar på behandlingen som förstärker deras känsla av maktlöshet.	Grad II (76 %)
<b>Hallin et al (2002) Sverige</b>	“Areas of Concern, Quality of life and Life Satisfaction in Patients with Peripheral Vascular Disease”	Att undersöka de sätt på vilka perifer kärlsjukdom subjektivt påverkar patienter och relatera dessa fynd till de godkända mätinstrumenten för livskvalitet (QOL) och livstillfredsställelse.	Kvantitativ	80 patienter varav 20 med IC, 20 med AAA, 20 med CLI och 20 med CAS.	SF-36, LiSat-11 och semi-strukturerad intervju	SF-36, LiSat-11 och intervjuer avslöjade två huvudsakliga mönster: ett för patienter med CAS (carotid artery stenosis) och AAA (abdominal aortic aneurysm) samt ett för patienter med IC (claudicatio intermittens) och CLI (critical limb ischemia). Intervjun visade på viktiga områden som påverkar den kärlsjuka patienten. Några av dessa områden är: intellektuell funktion, oro/ångest, sexuell funktion, familjeförhållanden.	Grad I (90 %)
<b>Klevsgård et al (1999) Sverige</b>	“Quality of Life Associated with Varying Degrees of Chronic Lower Limb Ischaemia; Comparison with a Healthy Sample”	Att bedöma livskvalitet hos patienter med varierande grad av ischemi i jämförelse med kontroller och att avgöra om graden av nedre extremiteterna ischemi och känsla av sammanhang hade samband med livskvalitet.	Kvantitativ	168 patienter med kronisk ischemi i benen ingick i studien utav 402 som var antagna för kirurgi. 125 av dessa exkluderades, 65 avböjde medverkan och 44 har inte blivit tillfrågade.	Nottingham Health Profile (NHP) och SOC (svenska KASAM) frågeformulär	Patienter med ischemi i nedre extremiteterna fick kraftigt minskad livskvalitet i alla aspekter jämfört med referenserna. Sjukdomsgraden och låg känsla av sammanhang var signifikant associerade med låg livskvalitet. Ökad ischemi i de nedre extremiteterna orsakade betydligt värre smärta, sömnproblem och orörlighet.	Grad I (90 %)

Författare, år, land	Titel	Syfte	Typ av studie	Urval	Metod	Huvudfynd	Kvalitet (Bra/Medel/Dålig)
<b>Treat- Jacobson et al (2002)USA</b>	“A Patient-derived Perspective of Health-related Quality of Life With Peripheral Arterial Disease”	Att utvärdera effekter av perifer arteriell sjukdom (PAD) på hälsorelaterad livskvalité utifrån patient perspektiv och att skapa en grund för systematisk PAD specifik hälsorelaterad livskvalité bedömning.	Kvalitativ	38 patienter från två stora medicinska centra.	Djup Intervjuer med öppna frågor, Grounded Theory	Sju områden som har stor påverkan på livskvalité hos en PAD patient har identifierats från intervjuer. a) försenad diagnos och frustration över hanteringen av sin sjukdom; b) smärta; c) begränsningar i fysisk funktion; d) begränsningar i den sociala funktionen; e) Kompromiss av sitt jag; f) Osäkerhet och rädsla; g) anpassning.	Grad I (85 %)
<b>Wann-Hansson et al (2005b) Sverige</b>	“Patients’ experiences of living with peripheral arterial disease awaiting intervention: a qualitative study”	Att undersöka patienternas erfarenheter av att leva med perifer arteriell sjukdom och påverkan på aktiviteter i det dagliga livet i väntan på ett ingrepp.	Kvalitativ	52 patienter motsvarade kriterierna, 12 ville inte delta, 6 gick inte att kontakta, 9 kunde inte delta och en exkluderades pga inspelningsfel. Det återstod 24 varav 4 med claudicatio intermittens, 20 med kritisk ischemi.	Intervju, manifest och latent innehållsanalys	Att leva med PAD innebär att bära på en fysisk, social och känslomässig börda svår att klara av. Erfarenheterna av bördan tolkas med följande teman som representerar konsekvenser och strategier för att få kontroll i det dagliga livet: (I) ”att begränsas av bördan”, (II) ”sträva efter att lätta på bördan”, (III) ”att acceptera och anpassa sig till känslan av bördan”. Användningen av olika strategier för att hårdna ut var avgörande för att uppnå en viss lättnad. Smärta och sömnstörningar framstod som ett stort kännetecken i att leva med PAD, och genom att kombinera både analgetika och icke-farmakologiska metoder kunde viss smärtlindring åstadkommas. Att ge optimal smärtlindring för dessa patienter, utbildning om smärta och smärtbehandling är av stor vikt följt av regelbundna utvärderingar av smärtan och smärtlindringen. Vidare betonar studien vikten av att hindra utvecklingen av kärlsjukdomen.	Grad I (100%)



Författare, år, land	Titel	Syfte	Typ av studie	Urval	Metod	Huvudfynd	Kvalitet (Bra/Medel/Dålig)
<b>Wann-Hansson et al (2005a) Sverige</b>	“Health- related quality of life after revascularization for peripheral arterial occlusive disease: long term follow- up”	Att mäta livskvalité före och efter revaskularisering hos patienter med claudicatio och kritisk ischemi ur ett långtids perspektiv.	Kvantitativ	80 patienter med claudicatio intermittens (CI) och 62 med kritisk ischemi. Bortfallet bland dem var 62 varav 33 med kritisk ischemi. Efter 4 år fanns 80 patienter kvar i studien, 51 med CI och 29 med kritisk ischemi.	Nottingham Health Profile (NHP)	Livskvalitén hos patienter med claudicatio intermittens förbättrades 6 och 12 månader efter revaskularisering inom områdena: energi, smärta, emotionella reaktioner och fysisk rörlighet, medan de med kritisk ischemi i extremiteterna även hade förbättringar i smärta och sömn. Förbättringen av smärta var särskilt tydlig för båda grupperna och förblev avsevärt förbättrad i upp till 4 år efter revaskularisering. Patienter med kritisk ischemi i extremiteterna försämrades dock kraftigt när det gäller fysisk rörlighet under tiden mellan 12 månader och 4 år. Således hade patienter med claudicatio intermittens mer varaktiga fördelar av revaskularisering än de med kritisk ischemi i extremiteterna.	Grad I (100 %)
<b>Wann-Hansson et al (2008) Sverige</b>	“The long-term experience of living with peripheral arterial disease and the recovery following revascularization: A qualitative study.”	Att belysa erfarenhet av att under lång tid leva med perifer arteriell sjukdom och återhämtning efter revaskularisering.	Kvalitativ	14 patienter 6 och 2,5 år efter revaskularisering. Deltagarna valdes från förra studien innan de genomgått angiografi.	Intervju, latent och manifest innehållsanalys	Den långsiktiga erfarenheten av att leva med PAD innebar att successivt bli medveten om att ha en kronisk sjukdom. Detta tolkades genom följande teman, som representerar övergången från att vara i en akut fas av PAD till att återhämta sig efter revaskularisering och gå in i en kronisk fas av PAD: (I) "att bli bättre, men inte botas", (II) "återerövra kontrollen över livet", (III) "omvärdera meningen med livet".	Grad I (85 %)