

**VUXNA PATIENTERS
UPPLEVELSE AV SITT DAGLIGA
LIV MED KRONISK HJÄRTSVIKT**
EN LITTERATURSTUDIE

ANTON ANDERSSON
EMELIE OLOFSSON

VUXNA PATIENTERS UPPLEVELSE AV SITT DAGLIGA LIV MED KRONISK HJÄRTSVIKT EN LITTERATURSTUDIE

**ANTON ANDERSSON
EMELIE OLOFSSON**

Andersson A, Olofsson E. Vuxna patienters upplevelser av sitt dagliga liv med kronisk hjärtsvikt. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Universitet: Fakulteten för Hälsa och Samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2020.

Bakgrund: I Sverige är cirka 1-2% av befolkningen drabbade av kronisk hjärtsvikt. Hjärtsvikt är idag, bland personer över 65 år, den vanligaste orsaken till sjukhusinläggning och mortaliteten är hög. Den årliga mortaliteten vid svår hjärtsvikt beräknas till cirka 40-50%. Hjärtsviktpatienterna vårdas på många olika avdelningar, vilket gör att den grundutbildade sjuksköterskan kan möta dessa patienter på olika vårdinstanser. För att kunna ge bra omvårdnad krävs en förståelse för patienternas upplevelser av att leva med hjärtsvikt.

Syfte: Studiens syfte var att beskriva hur vuxna patienter med kronisk hjärtsvikt upplever sitt dagliga liv.

Metod: En litteraturstudie baserad på 12 vetenskapliga artiklar med kvalitativ studiedesign. Artiklarna hämtades från tre olika databaser, alla med inriktning på omvårdnad. Artiklarna analyserades med metoden innehållsanalys.

Resultat: Fyra huvudkategorier och 12 underkategorier identifierades. Huvudkategorierna var: Fysisk påverkan; Psykisk påverkan; Social påverkan och Att utveckla strategier.

Konklusion: För att sjuksköterskan ska kunna ge bästa möjliga individanpassade vård krävs en förståelse för patientens upplevelse av sitt dagliga liv med hjärtsvikt. Andfåddhet och trötthet påverkade i stor grad patienternas dagliga liv. Dessutom påverkades de både psykiskt och socialt av sin sjukdom. Resultatet visade också att deltagarna utvecklade fysiska och psykiska strategier för att kunna anpassa sig till det nya livet med hjärtsvikt samt att deras spiritualitet hjälpte dem hantera livet med hjärtsvikt. Det är av stor vikt att sjuksköterskan förstår patientens upplevelse för att kunna tillgodose patientens alla behov.

Nyckelord: Dagligt liv, Hjärtsvikt, Litteraturstudie, Patienter, Upplevelser

ADULT PATIENTS EXPERIENCE OF THEIR DAILY LIVES WITH CHRONIC HEART FAILURE

A LITERATURE REVIEW

**ANTON ANDERSSON
EMELIE OLOFSSON**

Andersson A, Olofsson E. Adult patients experience of their daily lives with chronic heart failure. A literature review. *Degree Project in nursing 15 credit points*, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2020.

Background: In Sweden about 1-2 % of the population suffers from chronic heart failure. Heart failure is today the most common cause for hospitalization among people over 65 years and it has a high mortality rate. The annual mortality rate for severe heart failure is estimated to be about 40-50%. The heart failure patients are cared for in many different types of wards, which means that the nurse might encounter these patients at various health care facilities. In order to provide good nursing care, an understanding of patients' experiences of living with heart failure is required.

Aim: The purpose of the study was to describe how adult patients with chronic heart failure experience their daily lives.

Method: A literature review based on 12 scientific articles with qualitative study design. The articles were located using three different databases, all focusing on nursing. The articles were analyzed with content analysis.

Result: Four main categories and 12 subcategories were identified. The main categories were: Physical impact; Psychological impact; Social impact and Developing strategies.

Conclusion: In order for the nurse to provide the best possible individualized care, an understanding of the patients experience of their daily life with heart failure is required. Shortness of breath and fatigue greatly affected patients daily lives. In addition, they were mentally and socially affected by their illness. The results also showed that participants developed physical and mental strategies to adapt to the new life with heart failure, their spirituality also helped in coping with their new life with heart failure. It is very important that the nurse understands the patients experience in order to meet the patients every need.

Keywords: Daily life, Experiences, Heart failure, Litterature review, Patients

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Historia och det friska hjärtat	5
Hjärtsvikt	6
Symtom	6
Epidemiologi och komorbiditet	7
Behandling	8
Dagligt liv	8
Sjuksköterskans kärnkompetenser	8
Personcentrerad vård	9
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	10
Studiens syfte var att beskriva hur vuxna patienter med kronisk hjärtsvikt upplever sitt dagliga liv.	10
METOD	10
Litteraturstudier	10
Inklusions- och exklusionskriterier	11
Databassökning	11
Urval	12
Kvalitetsgranskning	12
Dataanalys	12
RESULTAT	13
Fysisk påverkan	13
Andfåddhet	14
Trötthet	14
Psykisk påverkan	15
Att känna sig som en belastning	15
Oro för framtiden	15
Tankar om döden	15
Psykologiska konsekvenser av okunskap	16
Social påverkan	16
Isolering och ensamhet	17
Självbild och roller	17
Relationer	18
Att utveckla strategier	18
Fysisk strategi	18
Psykisk strategi	19
Spirituell strategi	19
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Sökning	21
Urval	21
Dataanalys	22
Styrkor och svagheter	22
Trovärdighet	22
Överförbarhet	23
Resultatdiskussion	23
Fysisk påverkan	23
Psykisk påverkan	24

Social påverkan	25
Att utveckla strategier	26
KONKLUSION	26
FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING	27
REFERENSER	28
<i>Bilaga 1. Sökschema</i>	32
<i>Bilaga 2, Artikelmatris</i>	33

INLEDNING

Som framtida sjuksköterskor kommer författarna att möta patienter med kroniska sjukdomstillstånd i det dagliga arbetet. I det personcentrerade omvårdnadsarbetet och i sjuksköterskans bemötande av dessa patienter upplever författarna att det är av stor vikt att förstå patientens livsvärld. Ett personcentrerat omvårdnadsarbete innebär att sjuksköterskan har ett holistiskt synsätt och inte enbart ser en patient med sin sjukdom utan hela personen.

Kronisk hjärtsvikt är ett vanligt sjukdomstillstånd i Sverige. Hjärtats nedsatta pumpförmåga orsakar en rad konsekvenser för de drabbade vilket inkräktar på deras normala förmåga till exempelvis fysisk aktivitet, sömn och andra livsstilsfaktorer. Mortaliteten är hög och överlevnadsprognosen för en hjärtsviktspatient är ofta lika låg som vid exempelvis de flesta vanliga cancersjukdomar så som tjocktarmscancer och cancer i urinblåsan (Stewart m.fl. 2001). Eventuellt ställs denna patientgrupp också ofrivilligt inför ett existentiellt uppvaknande, framför allt sin egen dödlighet.

Författarna vill därför undersöka hur de patienter som är diagnostiserade med kronisk hjärtsvikt (hädanefter patienter) upplever att hjärtsvikten påverkar deras dagliga liv. Genom att förstå patientens upplevelser av sitt dagliga liv kan också sjuksköterskan personcentrera omvårdnaden. I denna studie kommer patienterna att benämnas antingen som patienter eller som deltagare. I de fall de benämns som deltagare är det i hänvisning till de analyserade studierna.

BAKGRUND

Historia och det friska hjärtat

Aristoteles såg hjärtat som själens boning och vi använder än idag det latinska uttrycket "cor" (kärna) för hjärta, ett ord som kan spåras tillbaka till romarriket (Wikström 2014).

Även om det inte är fastslaget hur långt tillbaka i tiden förståelsen för hjärtats centrala roll i cirkulationssystemet funnits så är det känt att den grekiska läkaren Galenos redan vid antiken förstod att hjärtat pumpade blod. Det skulle dock dröja mer än ett millenium innan hjärtats faktiska anatomi och funktion beskrevs av Vesalius på 1500-talet. Hjärtats pumpfunktion och cirkulationssystemet beskrevs så som det är känt idag av William Harvey år 1628 (a.a).

Ett friskt hjärta väger cirka 300-400 gram, storleken är som en knytnäve och det är placerat mellan bröstbenet och ryggraden, centralt i thorax (Wikström 2014). Hjärtat är det viktigaste organet i cirkulationssystemet och genom muskelkontraktion tvingas blodet ut i kroppen där ett utbyte av syre, näringsämnen och slaggprodukter sker mellan cellerna och blodbanan. Utan hjärtat kan inga av kroppens övriga celler överleva. Hjärtat arbetar i två olika faser. Diastole är benämningen för fasen där hjärtat slappnar av och fylls med blod. När hjärtat har fyllts upp med blod kontraherar det med hjälp av muskelvävnad. Denna kontraktionsfas kallas för systole. Hjärtcykeln är således indelad i en vilofas och en arbetsfas. Hjärtats olika faser och dess rytm styrs av ett retledningssystem där elektriska impulser reglerar muskelcellernas aktivitet (a.a).

Mängden blod som hjärtat pumpar ut i kroppen kan mätas med hjälp av ekokardiografi (Wikström 2014). Denna mängd blod kallas för ejectionfraktion och är en benämning för hur mycket av den totala blodvolymen som lämnar

hjärtat i slutet av diastole (end-diastoliska volymen), när hjärtat kontraherar. Ett friskt hjärta ska ha en ejektionsfraktion på över 55% av den end-diastoliska volymen. Den totala mängden blod som lämnar hjärtat under en minut kallas för hjärtminutvolym. Detta värde får man genom att multiplicera slagvolymen (ejektionsfraktionen mätt i volym) med hjärtats frekvens. När det finns ett ökat behov av syre i cellerna kan kroppen öka minutvolymen genom att öka hjärtats frekvens (a.a).

Hjärtsvikt

Enligt Wikström (2014) definieras hjärtsvikt som att hjärtat inte har förmågan att leverera tillräcklig hjärtminutvolym vilket gör att kroppens övriga organ då inte får nog med syre. Oförmågan att upprätthålla syrgasbehovet till vävnaderna gör att hjärtat försöker kompensera och upprätthålla hjärtminutvolymen. Denna kompensation sker genom vasokonstriktion, förhöjd hjärtfrekvens och ökad kontraktionskraft (a.a).

Sekundära förändringar i övriga organ leder till en ond cirkel (Wikström 2014). Den minskade hjärtminutvolymen leder till minskad njurgenomblödning som kompenseras genom Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systemet (RAAS), precis som vid vätskebrist. Detta är troligen en evolutionär kvarleva från en tid då organismer var betydligt mer benägna att dö av törst än nutidens människa. När RAAS-systemet aktiveras får det följd effekter som hypertoni och hjärthypertrofi vilket leder till ökad perifer resistens. Det blir en ökad belastning för hjärtat och ännu mindre njurgenomblödning. Kroppens kompensatoriska funktioner blir förödande för hjärtat som belastas hårdare ju mer av sin pumpförmåga det förlorar (a.a). Sammantaget leder denna onda cirkel och dessa faktorer till att hjärtsviktspatienter har hög mortalitet, på samma nivå som för många cancersjukdomar (Stewart m.fl. 2001).

Hjärtsvikt delas in i akut och kronisk hjärtsvikt (Ericson & Ericson 2012). Denna litteraturstudie fokuserar på kronisk hjärtsvikt eftersom syftet är att beskriva hur vuxna patienter med kronisk hjärtsvikt upplever sitt dagliga liv. Det dagliga livet i denna studie innefattar inte övergående eller akut försämring av hjärtsviktstillståndet eftersom patienten då befinner sig i en livshotande situation. Den akuta försämringen är enligt författarna inte en del av den hjärtsviktssjuka patientens vardag eftersom det oftast vid en akut försämring krävs inläggande vård.

Symtom

Andfåddhet och trötthet är två vanligt förekommande symtom. Dessa symtom korrelerar i takt med att hjärtats funktion försämras. Därför har New York Heart Association (NYHA) utvecklat en klassificeringsskala där hjärtsviktens progression bedöms efter symtomen. NYHA-klassning ger ett värde mellan ett och fyra beroende på när patienten manifesterar andfåddhet eller trötthet (Mårtensson 2012).

Tabell 1, NYHA-klassifikation (Mårtensson 2012).

NYHA I	Hjärtsvikt utan symtom
NYHA II	Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid fysisk aktivitet av mer än måttlig grad
NYHA III	Medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet. Denna grupp delas ofta upp i III:a som utgörs av något lindrigare fall (kunna gå 200 m på plan mark utan besvär) och III:b som utgör något svårare fall.
NYHA IV	Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila, ökande symtom vid minsta aktivitet och patienten är ofta bunden till säng eller vilstol.

Symtomen för hjärtsvikt kan antingen komma smygande eller debutera akut, de är ofta svårtolkade (Dahlström 2005). Det finns enligt Dahlström (2005) inget specifikt, enskilt symtom, utan hjärtsvikt innefattar ofta en mängd olika symtom och fynd. Enligt Mårtensson (2012) bör manifestation av typiska symtom och tecken i kombination med objektiva diagnosmetoder ligga till grund för diagnosen. Tecken på hjärtsvikt kopplas ofta till hjärtats fysiologiska funktionsnedsättning. Då uppkommer exempelvis ödem som följd av ökat ventryck och stockning av blodvolym i venerna (a.a).

Epidemiologi och komorbiditet

Enligt Wikström (2014) är 1-2% av den svenska befolkningen drabbade av hjärtsvikt. En studie utförd i Skottland visade en liknande prevalens på 1,2% av invånarna (Baron-Franco m.fl. 2017). När det talas om hjärtsvikt idag så talar allt för att vi kommer se en högre prevalens i takt med att vi lever längre och att vi överlever sjukdomstillstånd där hjärtfunktionen blir försämrade som resultat (Wikström 2014).

Hjärtsvikt är ett syndrom som kan orsakas av en mängd olika grundsjukdomar. De vanligaste är ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni vilka tillsammans ligger som grund för 75% av hjärtviktsdiagnoserna (a.a).

Hjärtsvikt är idag, bland personer över 65 år, den vanligaste orsaken till sjukhusinläggning (Ericson & Ericson 2012). Många av patienterna som lever med hjärtsvikt är samtidigt drabbade av andra sjukdomar (Streng m.fl. 2018). Vanliga icke-vaskulära sjukdomar tillsammans med hjärtsvikt är bland annat kronisk njursvikt, diabetes, fetma och KOL (a.a). Samtidigt visade en studie att många patienter som lever med hjärtsvikt också lever med psykiatriska diagnoser så som depression, alkoholmissbruk, stress och ångest (Baron-Franco m.fl. 2017). Sammantaget leder denna komorbiditet till att hjärtviktspatienterna har en ökad risk för mortalitet (Streng m.fl. 2018).

Prognosen är allvarlig oavsett vilken orsak som ligger bakom hjärtsvikten (Dahlström 2005). Den årliga mortaliteten vid mild hjärtsvikt beräknas till cirka fem procent, mortaliteten stiger i takt med att sjukdomen progredierar och i NYHA-klass IV beräknas mortaliteten ligga på cirka 40-50% (a.a). Dessutom är hjärtsvikt förenat med stora kostnader för samhället. En studie visade att i utvecklade länder stod kostnaden för vård och behandling av hjärtsvikt för 1-2% av den totala sjukvårdsbudgeten (Berry m.fl. 2001).

Behandling

Det finns både farmakologiska och icke-farmakologiska alternativ för behandling av hjärtsvikt (Dahlström & Strömberg 2005). Målet med all hjärtsviktsbehandling är att minska patienternas symtom och förhindra progress av hjärtsvikten. Målet är också att minska behovet av sjukhusvård samt om möjligt förebygga utvecklingen av hjärtsvikt. Dessutom syftar behandlingen till att förbättra patienternas livskvalitet och förlänga deras överlevnad (a.a). Den farmakologiska behandlingen syftar till att försöka normalisera de faktorer som styr hjärtats normala funktion och som blivit påverkade av hjärtsvikten. En studie visade att faktorer som påverkade patienternas följsamhet till sin hjärtsviktsbehandling var kunskap, tilltro till behandlingen och depressiva symtom (Van der Wal m.fl. 2006). När patienterna inte följer sin behandling leder detta till ökad mortalitet och morbiditet (Dahlström & Strömberg 2005). I en studie identifierades de viktigaste aspekterna för att stärka patientens förmåga till egenvård vid kronisk hjärtsvikt. Dessa aspekter var känslomässigt stöd och uppmuntran, självständighet och en organiserad rutin (Cameron m.fl. 2015).

Den icke-farmakologiska behandlingen syftar till att göra livsstilsförändringar, övervaka sina symtom och genom detta försöka minska riskfaktorerna (Dahlström & Strömberg 2005). Förutom farmakologisk och icke-farmakologisk behandling finns det även kirurgisk behandling (Wikström 2014). De kirurgiska behandlingsalternativen som finns är cardiac resynchronization therapy (CRT) och implanterbar cardiverter defibrillator (ICD) (a.a). Vid allvarliga fall av hjärtsvikt och om patienten uppfyller en rad kriterier kan även hjärttransplantation vara ett alternativ (Mårtensson 2012).

Dagligt liv

I denna litteraturstudie definierar författarna dagligt liv som allt som ingår i patienternas vardag, allt som utförs på rutin och med regelbundenhet, exempelvis vardagsaktiviteter så som att handla, laga mat och städa. Dessutom innefattas fysisk aktivitet, sociala aktiviteter och relationer i detta begrepp. En viktig del av det dagliga livet med hjärtsvikt är symtommonitorering, det vill säga, patienten måste observera sina symtom för att snabbt kunna uppmärksamma försämring (Dahlström & Strömberg 2005). Patienterna kan till exempel väga sig dagligen, för att se så de inte samlar på sig vätska. De kan också ändra sin kost genom minskat salt- och vätskeintag, utöva fysisk aktivitet, försöka upprätthålla en hälsosam vikt och sluta röka. Alla dessa livsstilsförändringar kan hjälpa patienterna minska sina symtom från hjärtsvikt. Det är också viktigt att patienterna försöker bibehålla sina fysiska och sociala aktiviteter i den mån det går för att minska risken för social isolering och nedstämdhet.

Sjuksköterskans kärnkompetenser

Enligt Sherwood (2013) finns det sex grundläggande kärnkompetenser: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Tillsammans bidrar dessa till att samtliga professioner kan driva förbättringsarbetet i verksamheten framåt (a.a).

Denna litteraturstudie kommer att utgå från kärnkompetensen personcentrerad vård och dess relation till studiens syfte.

Personcentrerad vård

Den personcentrerade vården strävar efter att tillgodose patientens andliga, existentiella, psykiska och sociala behov på samma sätt som de fysiska behoven tillgodoses. Personcentrerad vård strävar även efter att se hela personen (Svensk Sjuksköterskeförening 2016).

Walton (2013) beskriver sex olika dimensioner av personcentrerad vård: respekt för patientens värderingar, önskemål och uttalade behov, samordning och integrering av vården, information, kommunikation och undervisning, fysisk bekvämlighet, känslomässigt stöd och engagemang av närstående och vänner. En av omvårdnadspersonalens uppgifter är att identifiera underliggande faktorer som gör att patienter och anhöriga kan uppleva ångest och obehag. Vårdpersonalens uppgift är sedan att vara ett känslomässigt stöd (a.a).

Detta styrks i en studie som visade att emotionellt stöd gav ökat självförtroende hos patienterna när det kom till deras egenvård vid hjärtsvikt (Fivecoat m.fl. 2018).

Sjuksköterskan har också som uppgift att se till att patient och anhöriga görs delaktiga i vården, detta för att se till att vården kan planeras utifrån deras behov (Walton 2013). Det är också viktigt att som vårdpersonal känna av och anpassa kommunikationen till patienter och anhörigas förståelse. Informationen bör också förmedlas på ett meningsfullt sätt. En grundsten i den personcentrerade vården är också att se till att patienten är smärtfri och har det så bekvämt som möjligt (a.a).

En studie visade att patienter upplevde sig mindre osäkra rörande behandlingen av sin hjärtsvikt när vården var personcentrerad (Dudas m.fl. 2013). Genom att använda personcentrerad vård kunde vårdpersonalen tillsammans med patienten skapa en vårdplan vilket gjorde att patienten kände sig mer trygg och fick mer kunskap gällande sin hjärtsvikt och dess behandling (a.a).

I sin behovsteori talar Henderson (1991) om en form av personcentrerad vård där människor har gemensamma behov, motiven växlar dock från individ till individ och behoven skiftar under livets gång. Det är av vikt att förstå att dessa behov tillgodoses på varierande sätt och att sjuksköterskan oavsett hur hen gör ändå inte har möjlighet att tillgodose alla behov hos en annan människa. Sjuksköterskans uppgift blir att bistå patienten i de åtgärder som leder fram till patientens egna uppfattning av hälsa och tillfrisknande eller vad som för patienten innebär en värdig död. Sjuksköterskan har också som uppgift att hjälpa patienten att så fort som det är möjligt få tillbaka sin självständighet. Enligt Henderson (1991) är ett utmärkande drag för en kunnig sjuksköterska förmågan att känna en samhörighet med sin patient. Förmågor som att lyssna på patienten och att hjälpa hen uttrycka sina känslor är nödvändiga egenskaper hos en sjuksköterska. Detta är extra viktigt när patienten ej själv har möjlighet att uttrycka sina behov. Alla patienter har således gemensamma behov men det är sjuksköterskans uppgift att anpassa och tillämpa vården på olika sätt utifrån patientens individuella uppfattning av sina behov (a.a). Ett sådant exempel hade kunnat vara patienter som tidigare varit väldigt aktiva i sitt liv, men som blivit begränsade på grund av sjukdom. Sjuksköterskan kan då tillsammans med andra professioner hjälpa dem att anpassa sina aktiviteter efter deras nya begränsningar eller hitta nya aktiviteter som går att utföra med de nya begränsningarna.

PROBLEMFÖRMULERING

Kronisk hjärtsvikt är en stor belastning för vården och den leder till stora kostnader för samhället (Wikström 2014; Berry m.fl. 2001). Dessutom förutspås det att prevalensen kommer att öka i takt med att befolkningen lever längre (Wikström 2014). Många patienter som lever med kronisk hjärtsvikt lever också med andra sjukdomar så som diabetes, KOL och kronisk njursvikt (a.a). Detta gör att patientgruppen vårdas på många olika typer av vårdavdelningar, vilket gör att den grundutbildade sjuksköterskan kan möta dessa patienter på många olika vårdinstanser. För att sjuksköterskor ska ha möjlighet att ge en bra omvårdnad krävs en förståelse för patientens livsvärld och genom att förstå vuxna patientens upplevelser av det dagliga livet med kronisk hjärtsvikt kan omvårdnaden personcentreras.

SYFTE

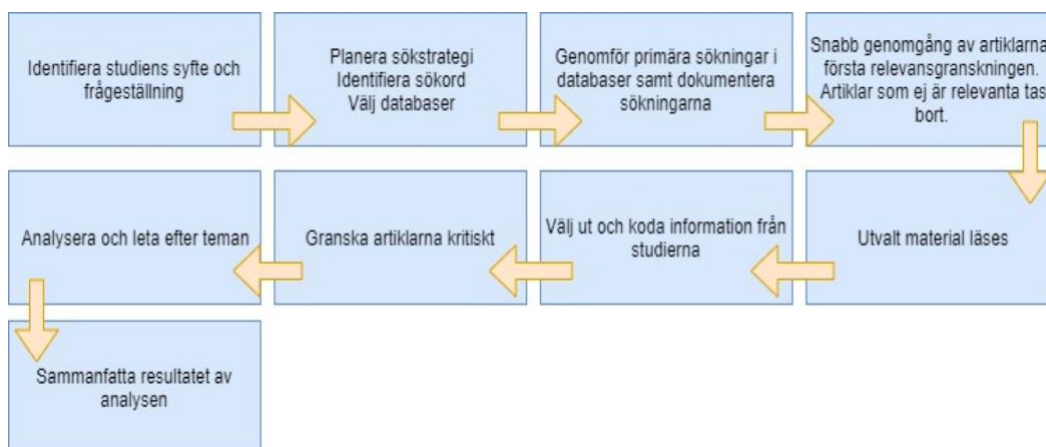
Studiens syfte var att beskriva hur vuxna patienter med kronisk hjärtsvikt upplever sitt dagliga liv.

METOD

För att komma fram till ett resultat har författarna valt att göra en litteraturstudie där kvalitativa intervjustudier har analyserats och sammanställts.

Litteraturstudier

Enligt Polit & Beck (2014) är huvudsyftet med att utföra en litteraturstudie att sammanställa befintlig forskning kring ett ämne, både för att hitta befintlig kunskap men också för att identifiera eventuella kunskapsluckor inom området. I denna litteraturstudie har arbetet utförts så som Polit & Beck (2014) beskriver: författarna började med att formulera en fråga, efter detta identifierades relevanta sökord och sökning i relevanta databaser påbörjades, sökningarna dokumenterades. Därefter gjorde författarna en första relevansgranskning genom titelläsning och artiklar som ej ansågs vara av relevans valdes bort. Övriga artiklars abstrakt lästes sedan och ytterligare irrelevanta artiklar valdes bort. Därefter granskades kvarstående artiklar kritiskt med hjälp av en granskningsmall. Innehållsanalysen utfördes sedan som beskrivits under rubriken dataanalys längre ner i arbetet efter Forsberg och Wengströms (2016) fem steg.



Flödesschema 1. Steg i en litteraturstudie (Polit & Beck 2014)

Inklusions- och exklusionskriterier

För att svara på syftet med studien valde författarna att använda följande inklusionskriterier:

patienterna var i utvalda studier diagnostiserade med kronisk hjärtsvikt och de var över 18 år. Samtliga artiklar i resultatet var skrivna på antingen svenska eller engelska på grund av författarnas språkbegränsningar. Vidare skulle samtliga studier dessutom vara peer-reviewed. I de fall där peer-review ej gick att använda som urval i databasen granskades tidskrifterna manuellt för att säkerställa att utvalda artiklar var peer-reviewed. Dessutom skulle samtliga utvalda studier vara etiskt godkända innan utförande.

För att svara på studiens syfte valde författarna även att använda sig av exklusionskriterier. Dessa var att patienterna i studierna hade vid tillfället för studierna inte någon form av kognitiv svikt. Dessutom valdes artiklar bort om de bedömdes vara av låg kvalitet efter kvalitetsgranskning. Artiklarna bedömdes vara av låg kvalitet om fler än hälften av de frågor som ställts i granskningsmallen besvarades med nej eller oklart, framförallt när det gällde syfte, urval, datainsamling och resultat.

Databassökning

Författarna började med att utföra en pilotsökning för att undersöka om det fanns tillräckligt med studier kring valt ämne. För att få fram vetenskapliga artiklar att granska valdes databaserna Cinahl, Psycinfo och Pubmed. Cinahl är inriktad på studier som rör omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (Forsberg & Wengström 2016). Psycinfo är inriktad på psykologisk forskning inom medicin och omvårdnad. Pubmed är inriktad på studier som rör medicin, omvårdnad och odontologi (a.a).

POR-modellen användes för att identifiera bärande begrepp och därigenom generera sökblock (Willman 2016). Denna modell består av tre olika delar. Den första är *population* och handlar om studiens målgrupp, den andra delen är *område* och handlar om vilket fenomen studien ska fokusera på och den tredje delen är *resultatet*, dvs vilket utfall som ska studeras.

Bärande begrepp identifierades och användes sedan i sökningarna: *patienter*, *kronisk hjärtsvikt*, *upplevelser* och *dagligt liv*, se tabell 2. För att begreppen säkert skulle vara korrekt översatta valde författarna att använda sig av Svensk MeSH (Karolinska institutet 2016).

För att urvalet i sökblocken skulle bli så brett som möjligt användes synonymer till de bärande begreppen tillsammans med den booleska termen "OR" (Karlsson 2017). Trunkering användes på orden *patient** och *experience** för att få så många ändelser av ordet som möjligt. När sökblocken söktes var för sig kombinerades dessa tillsammans med booleska termen AND för att tillsammans bilda en slutgiltig sökning (a.a).

Tabell 2, POR-modellen

Population	Område	Resultat
Patienter	Kronisk hjärtsvikt	Upplevelser
		Dagligt liv

Urval

Sökningen gav följande träffar: Cinahl 260 artiklar, Psycinfo 120 artiklar och Pubmed 261 artiklar. Efter genomförd sökning valde författarna att göra ett första urval genom att gå igenom samtliga titlar på studierna i sökresultaten.

Totalt valdes det ut 151 abstrakt med relevanta titlar efter genomgångna sökningar i alla tre databaser. Författarna valde att börja läsa i Cinahl, sedan Psycinfo och sist Pubmed, varpå dubletter och tripletter efterhand sorterades bort. 151 abstrakt lästes, exklusive dubletter och tripletter. Efter läsning av abstrakt valdes 36 artiklar ut för läsning i fulltext. Efter läsning i fulltext bedömdes 18 vara relevanta för denna litteraturstudies syfte och dessa valdes ut för kvalitetsgranskning.

Tabell 3. Urval

Datum	Databas	Träffar/ Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Kvalitetsgranskade	Slutgiltigt urval
2019- 11-11	Cinahl	260	98	20	8	7
2019- 11-11	Psycinfo	120	25	5	3	2
2019- 11-11	Pubmed	261	28	11	7	3
Totalt:		641	151	36	18	12

Kvalitetsgranskning

För att granska artiklarnas kvalitet och trovärdighet valde författarna att använda sig av SBU's granskningsmall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetod – patientupplevelser (SBU 2014). I granskningsmallen finns fem huvudkategorier: syfte, urval, datainsamling, analys och resultat. I denna litteraturstudie har vikt lagts på att granska: studiernas syfte, urval, datainsamling och resultat för att bedöma artiklarnas trovärdighet och kvalitet. Alla delar har dock tagits i beaktning. Efter diskussion författarna emellan bestämdes det att artiklarna var av låg kvalitet om fler än hälften av frågorna som ställts i granskningsmallen besvarades med nej eller oklart. Samtliga artiklar granskades på samma sätt. Författarna valde att lägga vikt på att granska syfte, urval, datainsamling och resultat. Hög kvalitet uppnåddes om samtliga frågor under delarna syfte, urval, datainsamling och resultat besvarades med ja eller endast någon eller några frågor besvarades med oklart. Medelhög kvalitet uppnåddes om en eller ett flertal frågor besvarades med nej samt flera med oklart under delarna syfte, urval, datainsamling och resultat. Efter granskning med SBU's granskningsmall bedömdes tolv artiklar vara av hög kvalitet, fem av medelhög kvalitet och en av låg kvalitet. Vid ytterligare genomgång av artiklarna valdes sex artiklar bort eftersom de inte hade uteslutit kognitiv svikt i sina studier. Det slutgiltiga urvalet blev tolv artiklar varav åtta bedömdes vara av hög kvalitet och fyra av medelhög kvalitet. För att få tillförlitlig granskning valde författarna att läsa och granska artiklarna var och en för sig och sedan tillsammans diskutera granskningsresultatet för att komma fram till konsensus.

Dataanalys

Efter granskning valde författarna att påbörja analys av de tolv artiklarnas resultat. En innehållsanalys utfördes i de fem steg som Forsberg och Wengström (2016)

beskriver. Steg 1: Författarna började med att bekanta sig med materialet genom att läsa texten ett flertal gånger. Steg 2: Texten kodades utifrån frågeställningen, vad handlade texten om? Exempelvis trötthet och oro. Steg 3: Koderna kategoriserades, exempelvis psykisk påverkan eller social påverkan. Steg 4: Där det var möjligt sammanfattades kategorierna i teman och författarna sökte efter mönster. Steg 5: Resultatet diskuterades och tolkades (a.a).

Författarna började med att läsa texterna var för sig flera gånger och strök under tiden under ord och meningenheter av relevans för studiens resultat. Samtidigt skrevs också dessa på post-it lappar, en form av kodning. Sedan skrevs båda författarnas alla ord och meningenheter in i ett dokument där varje artikel redovisades för sig. Därefter diskuterades skillnader och likheter mellan de olika artiklarna och 12 underkategorier hittades som genererade i 4 huvudkategorier. Därefter genomlästes artiklarna igen för att säkerställa att inget missats eller feltolkats. Artiklarna numrerades för att underlätta sammanställningen av resultatet. Därefter sammanställdes resultatet.

Analysen utfördes induktivt, det vill säga den utgick från innehållet i texten och hade därmed inte en förutbestämd teori eller modell (Danielsson 2017).

RESULTAT

Resultatet baseras på 12 vetenskapliga artiklar som samtliga är av kvalitativ ansats. Antalet deltagare i studierna varierade mellan 7-25 deltagare, totalt deltog 198 i studierna med ett medelvärde på 16,5 och medianvärde på 16 deltagare. 82 kvinnor och 116 män deltog i studierna, två studier hade endast manliga deltagare (Burström m.fl. 2007 & Sano m.fl. 2018). Av de tolv studierna utfördes tre i Sverige, en i Tyskland, två i England, en i Norge, en i Singapore, en i Portugal, en i Kenya, en i Spanien och en i Japan. Av de studier som inkluderats bedömdes åtta vara av hög kvalitet och fyra av medelhög kvalitet.

I resultatet framkom fyra huvudkategorier och 12 underkategorier, dessa presenteras i tabell 4. Dessutom presenteras en överblick av artiklar och huvudkategorier och underkategorier i tabell 5.

Tabell 4, Huvud- och underkategorier

Fysisk påverkan	Psykisk påverkan	Social påverkan	Att utveckla strategier
Andfåddhet	Att känna sig som en belastning	Isolering och ensamhet	Fysisk strategi
Trötthet	Oro för framtiden	Självbild	Psykisk strategi
	Tankar om döden	Relationer	Spirituell strategi
	Psykologiska konsekvenser av okunskap		

Fysisk påverkan

Vid analys av artiklarna framkom att deltagarnas dagliga liv i stor utsträckning påverkades av symptomen av hjärtsvikt. Ur analysen framkom två underkategorier till huvudkategorin fysisk påverkan: *Andfåddhet* och *Trötthet*.

Andfåddhet

Symtomet andfåddhet vid hjärtsvikt förekom hos många av deltagarna i studierna (Andersson m.fl. 2012; Kimani m.fl. 2018; Klindtworth m.fl. 2015; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2017; Wei Seah m.fl. 2016). Ett flertal studier visade att livet med andfåddhet upplevdes av deltagarna som mycket begränsande för aktiviteter i det dagliga livet (Andersson m.fl. 2012; Klindtworth m.fl. 2015; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2017; Wei Seah m.fl. 2016). Vissa av deltagarna var tvungna att avstå från aktiviteter på grund av sin andfåddhet, trots en vilja att kunna delta (Andersson m.fl. 2012).

För några deltagare blev vardagliga rutiner så som att ta en dusch eller ett bad omöjliga både på grund av att ångan från duschen upplevdes orsaka andfåddhet och att deltagarna hade svårt att ta sig i och ur badkaret (Walthall m.fl. 2017). Symtomen ökade under vissa aktiviteter vilket gjorde att de ibland tog längre tid att utföra och ibland var de tvungna att avstå (Andersson m.fl. 2012). Andfåddheten gjorde deltagarna både rädda och stressade (Walthall m.fl. 2017). Några deltagare upplevde att något så enkelt som att böja sig ner gjorde dem andfådda (Sano m.fl. 2018). Många deltagare hade svårt att fungera fullt ut i sitt eget hem, andfåddheten påverkade deltagarnas förmåga för aktiviteter så som att dammsuga, städa och att utföra trädgårdsarbete (Walthall m.fl. 2017).

Trötthet

Trötthet var ett symptom som likt andfåddhet upplevdes påverka deltagarnas dagliga liv i de flesta studierna (Andersson m.fl. 2012; Kimani m.fl. 2018; Klindtworth m.fl. 2015; Nordfonn m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2019; Walthall m.fl. 2017; Wei Seah m.fl. 2016). I en studie upplevde några deltagare att deras trötthet orsakade smärta och värk i benen (Walthall m.fl. 2019). En deltagare beskrev hur han inte längre orkade bära något tungt, hur han knappt kunde få på sig sina strumpor och var tvungen att få hjälp med att klippa sina tånaglar (Sano m.fl. 2018).

Att leva med trötthet upplevdes som begränsande på många sätt. Tröttheten ledde till en oförmåga att utföra vardagssysslor och var en vanligt förekommande begränsning (Andersson m.fl. 2012; Nordfonn m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Walthall m.fl. 2019; Wei Seah m.fl. 2016).

Ett antal studier visade på ett samband mellan trötthet och påverkan på deltagarnas relation till sömn (Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2019; Walthall m.fl. 2017).

Allt från en rädsla för att somna då deltagaren låg och oroade sig för framtiden till att deltagarna drömde mardrömmar. Sömnsvårigheterna förvärrades av att vätskedrivande läkemedelsbehandling tvingade upp deltagarna på natten för toalettbesök. Att inte få sova ut bidrog till att deltagarnas trötthet förvärrades (Walthall m.fl. 2017). I två andra studier framkom det att trötthet ofta ledde till att stor del av dygnet fick vigras till att sova eller vila (Pihl m.fl. 2011; Walthall m.fl. 2019). Enligt en studie ledde trötthet också till att deltagarna kände sig uttråkade då energin inte räckte till för att göra saker som de tidigare tyckt om att göra (Klindtworth m.fl. 2015).

Psykisk påverkan

Efter analys av artiklarna framkom det att förutom den fysiska påverkan på deltagarnas dagliga liv påverkades de även psykiskt. I alla artiklar utom Sano m.fl. (2018) pratade deltagarna om denna psykiska påverkan. Ur analysen framkom fyra underkategorier: *Att känna sig som en belastning*, *Oro för framtiden*, *Tankar om döden* och *Psykologiska konsekvenser av okunskap*.

Att känna sig som en belastning

Känslan av att vara en börda för andra var återkommande i sex av studierna som analyserades (Andersson m.fl. 2012; Burström m.fl. 2007; Nordfonn m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Wei Seah m.fl. 2016). Framförallt upplevde deltagarna att de var en belastning för den närmsta familjen eftersom de inte längre kunde klara sig utan hjälp från anhöriga i sitt dagliga liv (Andersson m.fl. 2012; Nordfonn m.fl. 2019; Wei Seah m.fl. 2016).

I en av studierna upplevde deltagarna sig vara en belastning för sjukvården och att de inte gjorde nog för att avhjälpa sjukdomen. De hade skuld känslor för att de inte åt tillräckligt hälsosamt eller motionerade i tillräckligt hög utsträckning (Nordfonn m.fl. 2019).

Burström m.fl. (2007) beskrev att rädslan för att vara beroende av andra fanns redan innan situationen faktiskt uppstod. Att inte kunna bidra eller bestämma över kroppens förmåga gjorde att deltagarna oroade sig för att i framtiden vara en börda för andra människor (a.a).

I kontrast till att känna sig som en börda berättade några studiedeltagare om hur känslan av att vara behövd av andra och att bemötas som en frisk person gav dem en känsla av värdighet (Sampaio m.fl. 2018). Det framkom att i ett parförhållande lindrades känslan av att vara en börda om personen upplevde förhållandet som ett jämlikt utbyte där de kände sig behövda (a.a).

Oro för framtiden

I flera studier framkom det att studiedeltagarna upplevde en oro för hur framtiden skulle se ut (Burström m.fl. 2007; Klindtworth m.fl. 2015; Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2019; Walthall m.fl. 2017; Wei Seah m.fl. 2016). Flera deltagare uttryckte en rädsla för förvärring av deras symtom och hur sjukdomen skulle utvecklas med tiden (Klindtworth m.fl. 2015; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2019; Wei Seah m.fl. 2016).

Vissa deltagare upplevde en känsla av förtvivlan när de tänkte på framtiden (Walthall m.fl. 2017). Några deltagare pratade om vikten av att ha realistiska förväntningar på framtiden i relation till förändringar i sin fysiska funktion. Deltagarna var dock motiverade till att försöka upprätthålla sin kapacitet i det dagliga livet genom att fortsätta med sina aktiviteter (Pihl m.fl. 2011). I Walthall m.fl. (2017) uttryckte några av deltagarna att livet nu var över. Andra deltagare förklarade att eftersom de inte visste hur framtiden skulle se ut försökte de leva i nuet eller dag för dag (Sampaio m.fl. 2018; Wei Seah m.fl. 2016).

Tankar om döden

Flertalet studier berörde deltagarnas relation till döden och hur hjärtsvikt påverkade deras syn på döden (Burström m.fl. 2007; Klindtworth m.fl. 2015; Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Wei Seah m.fl. 2016). Framförallt pratade studiedeltagarna om hur de kände rädsla inför döden (Pihl m.fl. 2011; Sampaio

m.fl. 2018) eller rädsla inför att försämras och behöva genomgå en försämringsperiod innan döden (Burström m.fl. 2007; Sampaio m.fl. 2018; Wei Seah m.fl. 2016).

I en studie av Burström m.fl. (2007) berättade studiedeltagarna att de oroade sig för en plågsam och utdragen död. Männerna i studien ville helst att förloppet skulle ske snabbt och utan lidande. I Sampaio m.fl. (2018) beskrevs också hur vissa deltagare led av dödsångest, en oro för att sjukdomen skulle bli värre och vetskapen om risken att dö. Detta gjorde att deltagarna kände sig utsatta vilket påverkade deras dagliga liv. En deltagare berättade om hur hon inte vågade utmana kroppens gränser på grund av rädsla för komplikationer från hjärtat. I samma studie pratade några deltagare om hur de inväntade döden med en öppenhet och en vilja att lidandet skulle få ett slut (a.a). När deltagarnas symtom förvärrades förstod de att det fanns en möjlighet att de kunde dö på grund av sin hjärtsvikt (Wei Seah m.fl. 2016).

Uppfattningen om döden som ett avslut på lidandet framkom även i en studie som fokuserade på äldre hjärtsviktpatienter i livets slut (Klindtworth m.fl. 2015). Där beskrev studiens deltagare en längtan efter döden som ett avslut. De hade planerat sina begravningar och kände sig färdiga med livet. Denna längtan växte i takt med att den negativa påverkan på det dagliga livet blev värre till följd av smärta och lidande. Efterhand upplevde några deltagare en vilja till att själv avsluta livet på förhand (a.a). Även i Burström m.fl. (2007) uttryckte deltagarna att dödshjälp hade varit ett bra alternativ för att undvika en plågsam död.

Psykologiska konsekvenser av okunskap

Bristen på information gällande sin hjärtsvikt och deltagarnas okunskap påverkade dem psykiskt (Andersson m.fl. 2012; Kimani m.fl. 2018; Klindtworth m.fl. 2015; Nordfonn m.fl. 2019; Wei Seah m.fl. 2016).

I Andersson m.fl. (2012) upplevde deltagarna att informationen de fått varierade från att vara otillräcklig till ingen alls. På grund av sin okunskap upplevde deltagarna känslan av att vara osäkra och inkapabla att hantera sin sjukdom (Nordfonn m.fl. 2019). Vissa deltagare upplevde skuld känslor på grund av sin okunskap för att de inte själv ställt tillräckligt med frågor till sina läkare (Andersson m.fl. 2012). I en studie utförd i Kenya gjorde deltagarnas okunskap att de trodde det fanns en möjlighet att bli botade från sin hjärtsvikt (Kimani m.fl. 2018). De flesta deltagarna fick berättat att de led av hjärtsjukdom utan någon ytterligare förklaring. En deltagare fick förklarat för sig att hen led av ett svullet hjärta, vilket skapade en oerhörd ångest för deltagaren som gick runt och trodde att hens hjärta när som helst kunde brista (a.a). I Klindtworth m.fl. (2015) ville en av deltagarna till en början inte ha någon information alls gällande sin hjärtsvikt på grund av rädsla.

Social påverkan

Ur analysen framkom det att hjärtsvikt har stor påverkan på det sociala livet. Vid analys av studiernas resultat framkom tre underkategorier till social påverkan: *Isolering och ensamhet, Självbild och Roller samt Relationer.*

Isolering och ensamhet

Flera studier beskrev hur hjärtsvikt påverkade deltagarnas sociala liv vilket ledde till känslor av isolering och ensamhet (Nordfonn m.fl. 2019; Olano-Lizzaranga m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Walthall m.fl. 2019; Walthall m.fl. 2017).

I Nordfonn m.fl. (2019) beskrev deltagarna hur det kändes att lämna tryggheten de känt på sjukhuset och komma hem till en ny hemsituation som gjorde att de kände sig rädda och ensamma. Deltagarna upplevde att trots att de var omgivna av människor kände de sig ensamma med sina tankar och känslor och allvaret kring det nya livet med sjukdomen.

Deltagarna beskrev även att konsekvensen av att känna sig som en börda för sin omgivning blev att de drog sig undan och därmed kände sig ensamma (a.a). Symtomen från hjärtsvikten gjorde det svårt att upprätthålla sitt sociala liv på grund av begränsad möjlighet att ta sig ut och hitta på aktiviteter (Nordfonn m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011). De upplevde även att det var för ansträngande att ha gäster (Pihl m.fl. 2011). Att inte kunna hitta på aktiviteter, träffa vänner eller orka ha gäster upplevdes av deltagarna som känslan av ensamhet och isolering (Pihl m.fl. 2011, Walthall m.fl. 2017, Walthall m.fl. 2019).

Självbild och roller

I en stor del av studierna framkom det att deltagarna upplevde att hjärtsvikt hade påverkan på deras självbild (Kimani m.fl. 2018; Klindtworth m.fl. 2015; Nordfonn m.fl. 2019; Olano-Lizzaranga m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2017; Wei Seah m.fl. 2016).

Deltagarna i en av studierna upplevde att begränsningarna som sjukdomen medförde formade deras person genom att det tog kontrollen ifrån dem och begränsade dem från att vara sig själva (Sampaio m.fl. 2018). Några deltagare beskrev hur de skämdes för sin andfåddhet i sociala sammanhang, vilket skapade ångest, vilket i sin tur ytterligare spände på andfåddheten (Walthall m.fl. 2017). Att tvingas inse att de var allvarligt sjuka upplevdes av deltagarna som en emotionell belastning (Nordfonn m.fl. 2019). I en studie såg deltagarna det som ett nederlag att behöva avstå från aktiviteter på grund av sina symtom (Walthall m.fl. 2017).

Det fanns deltagare som pratade mycket om sin egen roll inom familjen och hur begränsningarna från hjärtsvikt påverkat denna roll (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2017). Walthall m.fl. (2017) beskriver hur symtomen förhindrade både män och kvinnor från att behålla sin gamla roll i hushållet. Förändringarna och att ifrågasätta vad ens roll i hushållet var ledde till frustration och ilska (a.a).

När deltagarna i en studie reflekterade kring sina liv fäste de stort värde vid att ha fullgjort rollen som förälder och att ha skaffat familj. Detta sågs som en viktig prestation i livet och gav dem en känsla av att ha åstadkommit något av värde (Wei Seah m.fl. 2016).

Vidare beskrevs också vikten av den professionella rollen för deltagarna (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019). I denna studie beskrev deltagarna hur de upplevde sig vara jämlika med andra yrkesaktiva människor när de klarade av att arbeta. Att bibehålla den professionella rollen gav dem kontakt med andra människor, en roll i samhället och en position som sociala och aktiva människor. Att bibehålla den professionella rollen, trots att de ibland behövde vara sjukskrivna från arbetet,

sågs som ett sätt att bibehålla normalitet i livet (a.a). Några deltagare var tvungna att sluta arbeta på grund av hjärtsvikten (Walthall m.fl. 2017). Att inte längre kunna arbeta upplevdes av deltagarna som negativt (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019) och påverkade också deras ekonomi (Kimani m.fl. 2018).

Pihl m.fl. (2011) beskrev hur den sociala rollen påverkades negativt i takt med att deltagarnas energi blev försämrad. När deltagarna inte längre orkade engagera sig i sociala aktiviteter försvann deras sociala nätverk. Därigenom försvann också deras roll i samhället och deltagarna kände sig isolerade och ensamma (a.a).

Relationer

Som tidigare nämnts beskrev några deltagare hur de efter diagnosen upplevde att deras sociala nätverk minskat (Pihl m.fl. 2011; Walthall m.fl. 2019).

Deltagarna i en studie upplevde att de fick stöttning av sociala nätverk, men de upplevde också att i takt med att deras hjärtsvikt förvärrades drog sig familj och vänner undan (Kimani m.fl. 2018). Dessutom pratade vissa deltagare om att de upplevde stigma kring hjärtsvikt och att det var svårt att skapa nya relationer när de levde med sjukdomen (a.a).

För några deltagare var det väldigt viktigt att försöka bibehålla sina långvariga vänskapsrelationer eftersom detta enligt dem gav mening i livet (Sano m.fl. 2018). I en studie kände deltagarna skuldkänslor på grund av att deras brist på energi och ork gjorde att mindre tid spenderades med familj och vänner (Nordfonn m.fl. 2019).

Att leva tillsammans med någon ansågs av vissa deltagare som en trygghet, i kontrast till att leva ensam, vilket av några deltagare upplevdes som otryggt. Dessutom beskrev deltagarna vikten av att kunna ha en öppen kommunikation med sin familj gällande hjärtsvikten (Burström m.fl. 2007). Deltagarna i en studie upplevde att de på grund av sin fysiska förmåga hade svårt att bibehålla sexuell intimitet med sin partner (Wei Seah m.fl. 2016).

Några deltagare trodde att deras sociala relationer skulle påverkas om andra fick veta att de var sjuka, de trodde att på grund av detta skulle folk undvika eller avvisa dem (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019).

Vissa deltagare upplevde att det var svårt att leka med sina barnbarn på det sätt de önskade på grund av minskad fysisk förmåga (Walthall m.fl. 2017), för andra deltagare var det viktigt att försöka fortsätta kunna ta hand om sina barnbarn som tidigare (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019).

Att utveckla strategier

Att utveckla strategier för att hantera den fysiska och psykiska påverkan som livet med hjärtsvikt hade på deltagarna var ett genomgående tema i elva av de analyserade artiklarna. Ur analysen framkom tre underkategorier: *Fysisk strategi*, *Psykisk strategi* och *Spirituell strategi*.

Fysisk strategi

De fysiska begränsningarna ledde till att deltagarna var tvungna att planera för att ha möjlighet att hantera de fysiska kraven från aktiviteter i det dagliga livet, så som att handla och laga mat (Pihl m.fl. 2011). Vissa deltagare utförde hellre aktiviteterna långsamt än att behöva sluta utföra dessa helt, de utvecklade strategier för att sjukdomen inte skulle vinna (Walthall m.fl. 2017). Ibland var de tvungna att avstå från eller begränsa vissa fysiska aktiviteter på grund av sina

symtom (Andersson m.fl. 2012; Klindtworth m.fl. 2015; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2019; Walthall m.fl. 2017).

I en studie ansåg deltagarna att det var viktigt att försöka bibehålla sin grundkondition samt sin rörelseförmåga genom att fortsätta med fysisk aktivitet (Burström m.fl. 2007).

Några deltagare uttryckte att de tidigare inte tänkt speciellt mycket på smärta eller på sin kropp men att de nu upplevde att de inte kände igen sin kropp (Nordfonn m.fl. 2019). De fick en ny uppgift i att försöka tolka allvaret av symtom och smärta som kunde uppstå (a.a). I en strävan efter att försöka undvika smärta motiverades vissa deltagare till att göra livsstilsförändringar (Sano m.fl. 2018).

Psykisk strategi

Vissa deltagare ansåg att genom att anpassa och organisera aktiviteterna efter sina begränsningar återfick de kontrollen och upplevde därigenom tillfredställelse (Andersson m.fl. 2012; Sano m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2017). En studiedeltagare beskrev hur hon var tvungen att planera i förväg för att orka med dagen (Walthall m.fl. 2019).

Trots livet med begränsningar var vissa deltagare fast beslutna att försöka leva ett så normalt liv som möjligt (Sano m.fl. 2018; Olano-Lizzaranga m.fl. 2019; Wei Seah m.fl. 2016). För att kunna upprätthålla en normalitet var deltagarna tvungna att omdefiniera vad normalitet innebar för dem och att anpassa sina aktiviteter efter sina nya begränsningar (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019). Att inte kunna utföra dagliga aktiviteter på det sätt som deltagarna tidigare gjort sågs som utmanande (Andersson m.fl. 2012). Genom att acceptera förändringarna i sitt liv gjorde detta att deltagarna hade en bättre attityd gentemot sina nya begränsningar (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019). Några av studiedeltagarna upplevde att det var viktigt att bibehålla sina intressen och därför undveks bara de aktiviteter som påverkade deras sjukdomsbild negativt istället för att sluta utföra all aktivitet (Sano m.fl. 2018).

Spirituell strategi

Återkommande i flera av studierna var hur spiritualitet och tro hjälpte deltagarna hantera livet med hjärtsvikt (Burström m.fl. 2007; Kimani m.fl. 2018; Olano-Lizzaranga m.fl. 2019; Sampaio m.fl. 2018; Wei Seah m.fl. 2016).

Religiös tro hjälpte deltagarna att finna en mening i livet trots sjukdomen (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019; Sampaio m.fl. 2018). Många deltagare förklarade också att deras tro på Gud hjälpte dem att anpassa sig till sitt nya liv, gjorde dem starkare och gav dem mer mening med livet (Sampaio m.fl. 2018). Vissa av deltagarna accepterade sin sjukdom som att det var Guds vilja eller ödet (Kimani m.fl. 2018; Wei Seah m.fl. 2016). Några fann tröst i sin religion och hade en tilltro till att en högre makt kunde hjälpa dem med deras tillstånd (Wei Seah m.fl. 2016).

Tabell 5, resultatöversikt

Huvud- kategorier	Fysisk påverkan		Psykisk påverkan				Social påverkan			Att utveckla strategier		
	Andfäddhet	Trötthet	Att känna sig som en belastning	Oro för framtiden	Tankar om döden	Psykologiska konsekvenser av okunskap	Isolering och ensamhet	Självbild	Relationer	Hysisk strategi	Psykisk strategi	Spirituell strategi
Andersson m.fl. 2012	X	X	X			X				X	X	
Burström m.fl. 2007			X	X	X				X			X
Kimani m.fl. 2018	X	X				X		X	X			X
Klindtworth m.fl. 2015	X	X		X	X	X		X		X		
Nordfonn mfl. 2019		X	X			X	X	X	X	X		
Olando- Lizzaranga m.fl. 2019							X	X	X		X	X
Pihl m.fl. 2011		X	X	X	X		X	X	X	X		
Sampaio m.fl. 2018	X	X	X	X	X			X		X		X
Sano m.fl. 2018	X	X							X	X	X	
Walthall m.fl. 2019		X		X			X		X	X	X	
Walthall m.fl. 2017	X	X		X			X	X	X	X	X	
Wei Seah m.fl. 2016	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X

DISKUSSION

Diskussionen delas in i två avsnitt, metoddiskussion där denna litteraturstudies metods styrkor och svagheter diskuteras och resultatdiskussion där slutsatserna av resultatet diskuteras.

Metoddiskussion

En litteraturstudies huvudsyfte är att sammanställa och redovisa befintlig kunskap inom området men också upptäcka eventuella kunskapsluckor (Polit & Beck 2014).

I en litteraturstudie är det viktigt att läsarna ska ges möjlighet att följa hela processen genom arbetets gång för att de ska kunna bedöma studiens trovärdighet och ha full insikt i hur resultatet framkommit. Resultatet ska gå att reproducera genom att följa stegen som angetts i studiens metoddel (Willman m.fl. 2016).

Sökning

Initialt utfördes en pilotsökning, detta för att säkerställa att tillräckligt med material fanns för att utföra litteraturstudien. När det fastställdes att tillräckligt med material fanns utfördes en sökning i tre olika databaser: Pubmed, Cinahl och Psycinfo, samtliga innehåller forskning om omvårdnad. Genom att söka i flera databaser som har fokus på omvårdnad stärks studiens validitet eftersom möjligheten att hitta relevanta artiklar ökar (Henricson 2017). POR- modellen användes för att identifiera bärande begrepp och bygga sökblock. Sökblocken använde synonymer av de bärande begreppen för att bredda sökningen. Exempel på detta är "congestive heart failure" och "chronic heart failure", dessa kombinerades sedan med booleska termen "OR". Genom att trunkera "patients*" och "experience*" breddades sökningen då fler ändelser på orden användes i sökningen. Sökblocken kombinerades sedan med booleska termen "AND". I de första sökningarna användes begreppet "Quality of life", men då begreppet främst genererade kvantitativa studier uteslöts det ur sökningen och istället användes "daily life", "daily living" och "living" i den slutgiltiga sökningen. I Pubmed användes MESH-termen "Heart Failure", i Cinahl användes MH-termen "Heart failure+" (+ för att inkludera även underkategorier). I Psycinfo hittades ingen thesaurus för kronisk hjärtsvikt, detta tolkades av författarna vara på grund av att denna databas har mer inriktning på psykiatri än medicin. Istället användes i Psycinfo fritextsökning för kronisk hjärtsvikt.

Urval

Enligt inklusionskriterierna skulle artiklarna vara skrivna på antingen svenska eller engelska, diskussion kring detta förs under styrkor och svagheter. Författarna hade också som krav att samtliga inkluderade artiklar skulle vara "peer-reviewed". Att en artikel är peer-reviewed innebär att den granskats av andra forskare innan publicering för att säkerställa forskningens kvalitet (Karlsson 2017). Att enbart använda sig av artiklar som är peer-reviewed stärker arbetets trovärdighet (Henricson 2017). I de fall där peer-review ej gick att använda som urval i databasen valde författarna att granska artiklar och tidskrifterna manuellt för att säkerställa att de var peer reviewed.

Urvalet påbörjades genom att författarna läste samtliga titlar från sökresultatet. Därefter valdes relevanta titlar ut och abstrakten på dessa lästes. Totalt lästes 151 abstrakt exklusive dubletter och trippletter. Efter läsning av abstrakt valdes 36 artiklar ut som relevanta för studiens syfte och dessa lästes i fulltext. Efter läsning

i fulltext bedömdes 18 stycken vara relevanta och dessa valdes ut för kvalitetsgranskning. Författarna använde sig av SBU's granskningsmall för kvalitativa studier. Totalt bedömdes tolv artiklar vara av hög kvalitet, fem av medelhög kvalitet och en av låg kvalitet. Författarna valde att granska artiklarna var och en för sig och diskuterade sedan resultatet för att komma fram till konsensus. Genom att utföra oberoende individuell granskning och sedan jämföra resultatet stärks reliabiliteten (Henricson 2017). När författarna sedan läste igenom ytterligare upptäcktes att några artiklar ej uteslutit deltagare med kognitiv svikt. Eftersom detta var ett av litteraturstudiens exklusionskriterier valde författarna att välja bort dessa. Hade denna studie utförts en gång till hade författarna valt att titta på exklusionskriterierna tidigare och därmed sluppit granska artiklar som ej uppfyllde kriterierna. Det slutgiltiga urvalet blev 12 vetenskapliga artiklar varav åtta var av hög kvalitet och fyra av medelhögkvalitet.

Dataanalys

Författarna använde Forsberg och Wengströms (2016) fem steg för utförandet av innehållsanalys. Samtliga artiklar lästes individuellt flera gånger till att börja med för att hitta ord och meningsenheter och för att författarna skulle bekanta sig med materialet. Under tiden strök författarna under i artiklarna och skrev även ord och meningsenheter på post it lappar. Dessa fördes sedan samtliga in i ett dokument för att lättare få en överblick där likheter och skillnader identifierades. 12 underkategorier hittades som genererade 4 huvudkategorier. Genom att numrera artiklarna underlättades sammanställning av resultatet och säkerställde att referenserna hamnade på rätt plats.

Styrkor och svagheter

En styrka med denna studien är att sökningarna resulterade i många studier med stor geografisk spridning vilket ökar överförbarheten. En annan styrka är att hjärtsvikt är ett väl utforskat ämne, artikelurvalet innehöll många nypublicerade artiklar. Nio av artiklarna är publicerade de senaste fyra åren vilket gör att resultaten är aktuella.

En svaghet med studien är att författarna inte tidigare utfört den här typen av studie och ej har erfarenhet av vald metod. En svaghet är också att författarna valde att utesluta artiklar på andra språk vilket kan ha resulterat i att artiklar av relevans för studiens syfte valts bort. Detta är dock något författarna resonerat kring och kommit fram till att detta alternativ var bättre än att översätta artiklar då översättningen riskerade att bli fel och därav fanns möjligheten att resultatet skulle misstolkas.

En annan svaghet är att författarna har tidigare förförståelse då de mött patienter med hjärtsvikt både i sitt arbete och i sin praktik, detta gör att resultatet kan färgas av tidigare erfarenheter. Författarna hade därmed en viss inblick i vad resultatet skulle kunna leda till.

Trovärdighet

Trovärdighet används som begrepp inom kvalitativ forskning för att påvisa en studies kvalitet (Kristensson 2014). Trovärdighet uppnås genom att vara transparent genom arbetets gång och säkerställer att resultatet är sanningsenligt och korrekt (Polit & Beck 2014). Författarna har i denna litteraturstudie genomgående redovisat metod både för sökning, granskning och analys och anser därför att arbetet är trovärdigt. Metoden är tydligt beskriven genom att författarna redovisat steg för steg hur de gått tillväga (se exempel i flödesschema 1).

Överförbarhet

Överförbarhet innebär i vilken mån resultatet går att överföra till annan kontext och andra grupper (Polit & Beck 2014). Denna litteraturstudies resultat innehåller studier med stor geografisk spridning. Studierna är utförda i: Sverige, Norge, England, Portugal, Spanien, Japan, Singapore och Kenya. Författarnas resultat visar på att det finns många likheter oavsett var hjärtsviktspatienterna befinner sig även om sjukvårdssystemen i länderna ser olika ut vilket ökar överförbarheten. Författarna anser därför att det finns en viss överförbarhet för resultatet i liknande kontext. Eventuellt kan delarna psykisk påverkan, social påverkan och att hitta strategier ur resultatet överföras till andra sammanhang. Dessa sammanhang kan till exempel vara patienter som lider av andra kroniska sjukdomar som på liknande påverkar individerna fysiskt och hindrar dem från att kunna utföra aktiviteter i det dagliga livet.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur vuxna patienter med kronisk hjärtsvikt upplever sitt dagliga liv. I samtliga studier som analyserats talar deltagarna om vilken inverkan hjärtsvikt har på det dagliga livet ur olika aspekter (Andersson m.fl. 2012; Burström m.fl. 2007; Kimani m.fl. 2018; Klindtworth m.fl. 2015; Nordfonn m.fl. 2019; Olano-Lizzaranga m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Sano m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2019; Walthall m.fl. 2017; Wei Seah m.fl. 2016). Påverkan på det dagliga livet med hjärtsvikt medförde för många deltagare ett stort lidande. Ur analysen framkom fyra huvudkategorier: *Fysisk påverkan*, *Psykisk påverkan*, *Social påverkan* och *Att utveckla strategier*. Huvudkategorierna går till viss del in i varandra, till exempel påverkades studiedeltagarna både psykiskt och socialt på grund av sina fysiska begränsningar.

Fysisk påverkan

I majoriteten av de analyserade artiklarna upplevde deltagarna påverkan på det dagliga livet på grund av sin begränsade fysiska förmåga (Andersson m.fl. 2012; Kimani m.fl. 2018; Klindtworth m.fl. 2015; Nordfonn m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2019; Walthall m.fl. 2017; Wei Seah m.fl. 2016).

Andfåddhet var ett av de symtom som påverkade deltagarna allra mest i det dagliga livet (Andersson m.fl. 2012; Klindtworth m.fl. 2015; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2017; Wei Seah m.fl. 2016). Att andfåddhet används för att klassificera svårighetsgraden av hjärtsvikt är talande för hur pass stor del av symtombilden det upptar. Många av studiedeltagarna uppgav att andfåddheten var en av de största begränsningarna i deras dagliga liv och genomsyrade alla olika delar av livet. En del av sjuksköterskans roll är att hjälpa patienten genom att ge information om hur de kan lindra sina symtom. Genom att ge patienten personcentrerade instruktioner om egenvård och livsstilsförändringar kan patienten också hjälpas med symtomlindring. Som Van der Wall (2006) visade med sin studie var kunskap en väldigt viktig del i patientens följsamhet i sin behandling. Sjuksköterskans roll är att tillsammans med andra professioner utbilda patienten och ge hen de verktyg och den kunskap som krävs för att förstå sin sjukdom och behandling. Genom detta anser författarna att sjuksköterskan kan vara delaktig i att minska patientens lidande och bidra till att patienten får mer inflytande i sitt dagliga liv.

I nio studier beskrevs hur deltagarna påverkades av sin trötthet (Andersson m.fl. 2012; Kimani m.fl. 2018; Klindtworth m.fl. 2015; Nordfonn m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2019; Walthall m.fl. 2017; Wei Seah m.fl. 2016).

Trötthet upplevdes som begränsande på många olika sätt, en vanligt förekommande begränsning var en oförmåga att utföra vardagssysslor på grund av trötthet (Andersson m.fl. 2012; Nordfonn m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Walthall m.fl. 2019; Wei Seah m.fl. 2016). Många av deltagarna upplevde att tröttheten gjorde det svårt för dem att leva livet så som de ville. Förmågan att anpassa sina aktiviteter till sina symtom gjorde att deltagarna upplevde en känsla av tillfredsställelse (Andersson m.fl. 2012; Sano m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2017). Att hjälpa patienten hitta verktygen för att hantera sin trötthet är en viktig del av sjuksköterskans roll. Sjuksköterskan kan också hjälpa patienten genom att ge råd för att underlätta patientens sömn. Dessa råd kan till exempel vara att patienten öppnar fönstret i sovrummet en stund innan sänggående för att göra rummet svalt och därmed underlätta sömnen. Antalet studier som berörde deltagarnas upplevelser av trötthet visar att det är ett stort problem för patienterna och det orsakar lidande. Det är därför viktigt att som sjuksköterska att identifiera patientens individuella behov av hjälp med sömnen och därmed kunna underlätta patientens dagliga liv.

Psykisk påverkan

Majoriteten av deltagarna upplevde att hjärtsvikt påverkade deras psykiska mående på ett negativt sätt. Vissa led så till den grad att de funderade på att själva avsluta sitt liv tidigare, dels på grund av osäkerheten för framtiden, dels på grund av viljan att slippa genomgå en plågsam död. I sjuksköterskans kärnkompetens ingår samverkan i team (Walton 2013), sjuksköterskan ska med hjälp av andra professioner arbeta för att patienten ska ges bästa möjliga vård. I personcentrerad vård ingår samordning och integrering av vård (a.a). Både samverkan i team och samordning och integrering av vård finns till för att patienten ska stå i fokus och vården ska anpassas efter patientens individuella behov. Sjuksköterskans roll är att uppmärksamma patientens psykiska mående och tillsammans med andra professioner erbjuda bästa möjliga vård.

Många deltagare påverkades psykiskt av bristen på information och sin okunskap gällande hjärtsvikt (Andersson m.fl. 2012; Kimani m.fl. 2018; Klindtworth m.fl. 2015; Nordfonn m.fl. 2019; Wei Seah m.fl. 2016). I många studier var bristen på information ett återkommande tema. Enligt Patientlagen (2014:821) kap 3 har patienten rätt att få information gällande sin sjukdom, vård och behandling, vilket är tydligt att många av deltagarna i studierna ej fått. Sjuksköterskan har en viktig roll i att försäkra sig om att individen har fått information och förstått denna. Sjuksköterskan har också en roll i att identifiera behovet av information. Behovet av information varierar från individ till individ, för vissa räcker övergripande information och andra vill ha information kring varje detalj. Information är särskilt viktigt när det kommer till hjärtsvikt eftersom egenvård och symtommonitorering blir en viktig del av det dagliga livet med hjärtsvikt.

Att känna sig som en belastning var ett återkommande tema i hälften av de analyserade studierna (Andersson m.fl. 2012; Burström m.fl. 2007; Nordfonn m.fl. 2019; Pihl m.fl. 2011; Sampaio m.fl. 2018; Wei Seah m.fl. 2016). I en av studierna upplevde deltagarna sig vara en belastning för sjukvården och kände att de inte gjorde nog för att avhjälpa sjukdomen. De hade skuld känslor för att de inte

åt tillräckligt hälsosamt eller motionerade i tillräckligt hög utsträckning (Nordfonn m.fl. 2019). En patient ska inte behöva känna att hen belastar vården eller ha skuld känslor för att de inte är kapabla till att utföra egenvårdsåtgärder. I patientlagen (2014:821) kap 5 regleras patientens delaktighet. Det framgår i kapitel 5 paragraf 2 att när patienten själv ska utföra vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder måste dessa utformas efter patientens behov och individanpassas. Det är alltså vårdpersonalens skyldighet att se till att patienten klarar av att utföra åtgärderna som bestäms och att inte för mycket ansvar läggs över på patienten som då oundvikligen kan känna skuld känslor.

Social påverkan

Deltagarnas relationer påverkades på många olika sätt av hjärtsvikten. Deltagarna upplevde att deras sociala nätverk successivt minskade efter att de fått sin hjärtsviktsdiagnos (Pihl m.fl. 2011; Walthall m.fl. 2019). Några deltagare upplevde att det var svårt att skapa nya relationer då det fanns ett visst stigma kring deras diagnos (Kimani m.fl. 2018). Andra deltagare skämdes för sina symtom i sociala sammanhang (Walthall m.fl. 2017) och några var rädda för att deras sociala relationer skulle påverkas om folk fick veta att de var sjuka (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019). I resultatet framkom det att vissa deltagare kände en viss skam över sin hjärtsvikt, de försökte dölja sina symtom och dölja att de var sjuka för andra. Som sjuksköterska är en viktig del av den personcentrerade vården att med patientens godkännande involvera anhöriga i vården (Walton 2013). Detta för att anhöriga ska få mer förståelse för patientens nya begränsningar och för att kunna hjälpa och stötta patienten. Att involvera anhöriga kan också bidra till att minska skammen vissa patienter upplever. Stigman som vissa i studierna upplevde kan också minskas genom öppenhet och involvering med anhöriga. En studie utförd i Sverige visade att sjuksköterskor överlag hade en positiv inställning till att involvera anhöriga i patienternas hjärtsviktsvård (Gusdal m.fl. 2017).

I de analyserade artiklarna framkom det att deltagarna förknippade hjärtsvikten med begränsningar som gjorde det omöjligt för en del av dem att bibehålla sina tidigare roller både i professionella sammanhang och i sociala sammanhang (Nordfonn m.fl. 2019; Olano-Lizzaranga m.fl. 2019; Sampaio m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2017). Denna förändring ledde till en emotionell belastning hos deltagarna. Känslor som frustration och ilska upplevdes i samband med den förändrade rollen. Att se sig själv på ett nytt sätt, att gå från att vara frisk till allvarligt sjuk innebar en stor omställning för deltagarna (Nordfonn m.fl. 2019). I personcentrerad vård är en av omvårdnadspersonalens uppgifter att identifiera underliggande faktorer som gör att patienten kan uppleva ångest och obehag (Walton 2013).

Studierna visade att det fanns deltagare som kunde bibehålla sin professionella roll och därigenom upplevde tillfredställelse med sig själva.

I behovsteorin talar Henderson (1991) om att alla människor har behov som måste mötas, men att dessa behov tar olika uttryck. Behovet av att ha ett egenvärde och vara jämlik andra människor upplevdes av studiedeltagarna förknippat med att ha möjligheten att bibehålla normalitet i livet. Sjuksköterskans roll kan i detta fall vara att försöka hjälpa patienten stärka sin självbild och att uppmuntra patienten till att fortsätta utföra de uppgifter som hen känner att hen klarar av.

Många deltagare beskrev hur hjärtsvikten fört med sig en känsla av isolering och ensamhet. De kände sig ensamma med sin sjukdom, som att ingen förstod trots att

de var omgivna av människor (Nordfonn m.fl. 2019). En annan litteraturstudie visade också att isolering och ensamhet är ett vanligt förekommande problem för patienter med hjärtsvikt (Jeon m.fl. 2010). Patienterna beskrev hur de förlorade sina sociala nätverk (Pihl m.fl. 2011; Walthall m.fl. 2019) vilket ledde till att de kände sig isolerade. I detta fall kan sjukvården hjälpa till genom att introducera nya nätverk för patienten, till exempel stödgrupper och patientgrupper där patienterna fritt kan diskutera sin hjärtsvikt och möta andra människor i samma livssituation.

Att utveckla strategier

Att kunna utveckla strategier och anpassa sig till sitt nya liv sågs av många deltagare som något positivt. De kände att genom att själva anpassa sina aktiviteter återtog de kontrollen över sitt eget liv (Andersson m.fl. 2012; Sano m.fl. 2018; Walthall m.fl. 2017). I en studie ansåg deltagarna att det var viktigt att bibehålla sin grundkondition och fortsätta med fysisk aktivitet (Burstöm m.fl. 2007). I den personcentrerade vården ingår som tidigare nämnt samordning och integrering av vården (Walton 2013). Sjuksköterskan kan hjälpa patienten genom att samordna vården tillsammans med andra yrkeskategorier, så som fysioterapeuter, för att hjälpa patienten hitta strategier och därigenom kunna anpassa sin fysiska aktivitet till sina nya begränsningar.

Genom att acceptera förändringarna i sitt liv fick deltagarna en bättre attityd gentemot sina nya begränsningar (Olano-Lizzaranga m.fl. 2019). Deltagarna upplevde att det var av vikt att försöka bibehålla sina intressen, därför utelöt vissa bara de aktiviteter som påverkade dem negativt (Sano m.fl. 2018). Analysen av artiklarna visade att en stor önskan för deltagarna var att kunna fortsätta leva sitt liv så normalt som möjligt. Detta trots att det ibland krävdes vissa anpassningar till sina nya begränsningar, både fysiskt och psykiskt för att uppnå normalitet.

Spiritualitet visade sig vara en strategi för att hantera det dagliga livet med hjärtsvikt för många av deltagarna. Några var hjälpta av tron för att finna mening i livet med sjukdomen (Burström m.fl. 2007; Kimani m.fl. 2018; Olano-Lizzaranga m.fl. 2019; Sampaio m.fl. 2018; Wei Seah m.fl. 2016) och andra fann tröst i religionen (Wei Seah m.fl. 2016).

Detta stärks av en annan studie vars fokus var hur tro och spiritualitet påverkade livet med kronisk sjukdom (Unantenne m.fl. 2011). I studien framkom det att en tro eller spiritualitet var ett viktigt verktyg för många deltagare för att hantera livet med kronisk sjukdom (a.a).

I detta fallet är det viktigt att sjuksköterskan använder sig av personcentrerad vård för att hjälpa patienten att tillgodose sina andliga och existentiella behov och ges möjlighet att finna trygghet i det dagliga livet med hjärtsvikt.

KONKLUSION

Hjärtsviktpatienterna är en stor patientgrupp som den grundutbildade sjuksköterskan kommer att möta på olika vårdinstanser. Studierna visade att hjärtsviktpatienterna möter många utmaningar i sitt dagliga liv. De påverkas inte bara fysiskt av livet med sjukdomen utan också psykiskt och socialt. Den fysiska påverkan tog sig framförallt uttryck genom symtomen andfåddhet och trötthet. Patienterna påverkades också negativt av sin oro för vad framtiden skulle innebära och tankar om döden. Studierna visade också att patienterna påverkades psykiskt av att de inte fått tillräckligt med information gällande sin sjukdom. Deltagarnas

sociala liv påverkades genom att de kände sig ensamma och isolerade och deras roller och relationer påverkades. Dessutom visade resultatet att deltagarna utvecklade fysiska och psykiska strategier för att kunna anpassa sig till det nya livet med hjärtsvikt, många blev också hjälpta av sin spiritualitet.

För att kunna ge bästa möjliga vård till hjärtsviktspatienterna är det av stor vikt att förstå deras upplevelse av det dagliga livet med sjukdomen. Sjuksköterskan har en viktig roll i att se till att patienten är välinformerad och känner sig bekväm med att kunna utföra egenvårdsåtgärder hemma. Sjuksköterskan har också som roll att på bästa möjliga sätt tillgodose patientens skiftande behov. Detta kräver att sjuksköterskan ser patienten som en hel individ med tankar, känslor och upplevelser och inte bara sjukdomen.

FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING

Denna litteraturstudie har syftat till att beskriva patienternas upplevelse av sitt dagliga liv med hjärtsvikt. Genom studien har fördjupad kunskap erhållits kring hjärtsviktspatienternas dagliga liv, vilket författarna hoppas kan användas till att förbättra bemötande och vård för patienterna. Intressant vidare forskning hade varit att utvärdera om patienternas sociala isolering hade blivit hjälpt av att delta i patientgrupper där de ges möjlighet att dela sina erfarenheter med andra i samma situation. Dessutom hade det enligt författarna varit intressant att utföra en studie som belyste skillnaderna mellan män och kvinnors erfarenheter av det dagliga livet med hjärtsvikt. Genom denna studie har författarna förstått vikten av att använda personcentrerad vård eftersom patienternas upplevelser är högst individuella.

REFERENSER

*=artiklar i resultatet

*Andersson L, Eriksson I, Nordgren L, (2012) Living with heart failure without realising: a qualitative patient study. *British Journal of Community Nursing*, vol. 17, no. 12, 630-637.

Baron-Franco B, McLean G, Mair F S, Roger V L, Guthrie B, Mercer S W, (2017) Comorbidity and polypharmacy in chronic heart failure: a large cross-sectional study in primary care. *British Journal of General Practice*, May 2017, 314-320.

Berry C, Murdoch D R, McMurray J J V, (2001) Economics of chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, vol. 3, issue 3, 283-291.

*Burström M, Boman K, Strandberg G, Brulin C, (2007) Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga. *Vård i Norden*, vol. 27, no. 3, 24-28.

Cameron J, Rhodes K L, Ski C F, Thompson D R, (2015) Carers' views on patient self-care in chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 25, issue 1-2, 144-152.

Dahlström U, Strömberg A, (2005) *Riktlinjer för farmakologisk och icke-farmakologisk behandling*. I: Strömberg A, (Red.) *Vård vid hjärtsvikt*. Lund, Studentlitteratur.

Dahlström U, (2005) *Hjärtsviktens patofysiologi, omfattning och diagnostik*. I: Strömberg A, (Red.) *Vård vid hjärtsvikt*. Lund, Studentlitteratur.

Danielson E, (2017) *Kvalitativ innehållsanalys*. I: Henricson M, (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan). Lund, Studentlitteratur.

Dudas K, Olsson L-E, Wolf A, Swedberg K, Taft C, Schaufelberger M, Ekman I, (2013) Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 12 issue 6, 521-528.

Ericson E & Ericson T, (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. Lund, Studentlitteratur.

Fivecoat H C, Sayers S L, Riegel B, (2018) Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 17 issue 7, 598-604.

Forsberg C & Wengström Y, (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. rev. Utg). Stockholm, Natur & kultur.

Gusdal A K, Josefsson K, Thors Adolfsson E, Martin L, (2017) Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 16 issue 3, 256-266.

Henderson V, (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet* (3. uppl.) Solna, Almqvist & Wiksell

Henricson M, (2017) *Diskussion. I: Henricson M, (Red.) Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan). Lund, Studentlitteratur.

Jeon Y-H, Kraus S G, Jowsey T, Glasgow N J, (2010) The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 10, article number 77.

Karlsson E K, (2017) *Informationssökning. I: Henricson M, (Red.) Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan). Lund, Studentlitteratur.

Karolinska Institutet, (2016) *Svensk MeSH*. ><https://mesh.kib.ki.se/>< (2019-10-24).

*Kimani K N, Murray S A, Grant L, (2018) Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya: a serial interview study. *BMC Palliative Care*, 17:28, 1-8.

*Klindtworth K, Oster P, Hager K, Krause O, Bleidorn J, Schneider N, (2015) Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life. *BMC Geriatrics*, 15:125, 1-11.

Kristensson J, (2014) *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1. utg.). Stockholm, Natur & Kultur.

Mårtensson J, (2012) *Vård av patient med hjärtsvikt. I: Fridlund B, Malm D & Mårtensson J, (Red.) Kardiologisk omvårdnad* (2: uppl.). Lund, Studentlitteratur

*Nordfonn O K, Morken I M, Bru, L E, (2019) Patient's experience with heart failure treatment and self-care - A qualitative study exploring the burden of treatment. *Journal of clinical nursing*, 2019;28, 1782-1793.

*Olano-Lizarranga M, Zaragoza-Salcedo A, Martín-Martín J, Saracibar-Razquin M, (2019) Redefining a 'new normality': A hermeneutic phenomenological study of the experiences of patients with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 2019;00, 1-12.

Patientlag, 2014:821

*Pihl E, Fridlund B, Mårtensson J, (2011) Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011;25, 3-11.

Polit D & Beck C, (2014) *Essentials of Nursing Research, Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

*Sampaio C, Renaud I, Ponce Leão P (2018) “When illness dictates who I am”: A hermeneutic approach to older adults with heart disease. *Nursing Forum*, 2018;53, 324-332.

*Sano M, Majima T, (2018) Self-Management of congestive heart failure among elderly men in Japan. *International Journal of Nursing Practise*, 2018;24, 1-6.

SBU, (2014) *Granskningsmall för kvalitativa studier* >www.sbu.se< HTML (2019-10-29).

Sherwood G, (2013) *Drivkrafter för kvalitet och säkerhet – att förändra tänkesätt för att förbättra hälso- och sjukvården*. I: Sherwood G & Barnsteiner J, (Red.) *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex grundläggande kärnkompetenser* (1.1 uppl). Lund, Studentlitteratur.

Stewart S, MacIntyre K, Hole D J, Capewell S, McMurray J J V, (2001) More ‘malignant’ than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *European journal of heart failure*, vol 3 issue 3, 315-322.

Streng K W, Nauta J F, Hillege H L, Anker S D, Cleland J G, Dickstein K, Filippatos G, Lang C C, Metra M, Ng L L, Ponikowski P, Samani N J, van Veldhuisen D J, Zwinderman A H, Zannad F, Damman K, van der Meer P, Voors A A, (2018) Non-cardiac comorbidities in heart failure with reduced, mid-range and preserved ejection fraction. *International Journal of Cardiology*, vol. 271, 132-139.

Svensk sjuksköterskeförening, (2016) Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård. >https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_var_d_oktober_2016.pdf< PDF< (2019-12-10).

Unantenne N, Warren N, Canaway R, Manderson L, (2011) The strength to cope: Spirituality and Faith in Chronic Disease. *Journal of Religion and Health*, 52, 1147-1161.

Van der Wal M H L, Jaarsma T, Moser D K, Veeger N J G M, van Gilst W H, van Veldhuisen D J, (2006) Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, vol. 27, issue 4. 434-440.

*Walthall H, Floegel T, Boulton M, Jenkinson C, (2019) Patients experience of fatigue in advanced heart failure. *Contemporary Nurse*, 55:1. 71-82.

*Walthall H, Jenkinson C, Boulton M, (2017) Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2036-2044.

Walton M K, (2013) *Personcentrerad omvårdnad*. I: Sherwood G & Barnsteiner J, (Red.) *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex grundläggande kärnkompetenser* (1.1 uppl). Lund, Studentlitteratur.

*Wei Seah A C, Tan K K, Huang Gan J C, Wang W, (2016) Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 2016, Vol. 27(4), 392-399.

Wikström G, (2014) *Epidemiologi och prognos*. I: Wikström, G, (Red.) *Hjärtsvikt: fysiologi, diagnostik, behandling och omvårdnad* (1:2 Uppl) Lund, Studentlitteratur.

Wikström G, (2014) *Fysiologi*. I: Wikström, G, (Red.) *Hjärtsvikt: fysiologi, diagnostik, behandling och omvårdnad* (1:2 Uppl). Lund, Studentlitteratur.

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik*. Lund, Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökschema

	Sökningar i PubMed 2019-11-11				
#	Sökord	Sökblock	Antal träffar	Kommentar	
#1	patient*	<i>Patienter</i>	2 722 582		
#2	"chronic heart failure"	<i>Hjärtsvikt</i>	15 554		
#3	"heart failure"		199 604		
#4	"congestive heart failure"		39 495		
#5	"cardiac failure"		11 796		
#6	CHF		14 537		
#7	"heart failure" [Mesh]		116 574		
#8	(((((("chronic heart failure") OR "heart failure") OR "congestive heart failure") OR "cardiac failure") OR CHF) OR "heart failure" [Mesh]))		209 119		
#9	experience*	<i>Upplevelser</i>	1 020 908		
#10	perception		521 944		
#11	(perception) OR experience*		1 495 044		
#12	"daily living"	<i>Dagligt liv</i>	79 045		
#13	"daily life"		17 798		
#14	living		379 625		
#15	((("daily living") OR "daily life") OR living)		393 288		
#16	(((((("chronic heart failure") OR "heart failure") OR "congestive heart failure") OR "cardiac failure") OR CHF) OR "heart failure" [Mesh])) AND patient*	<i>Hjärtsvikt + patienter</i>	44 670		
#17	(((((("chronic heart failure") OR "heart failure") OR "congestive heart failure") OR "cardiac failure") OR CHF) OR "heart failure" [Mesh])) AND ((perception) OR experience*)	<i>Hjärtsvikt + upplevelser</i>	11 626		
#18	(((((("chronic heart failure") OR "heart failure") OR "congestive heart failure") OR "cardiac failure") OR CHF) OR "heart failure" [Mesh])) AND (((("daily living") OR "daily life") OR living)	<i>Hjärtsvikt + dagligt liv</i>	3306		
#19	((((((("chronic heart failure") OR "heart failure") OR "congestive heart failure") OR "cardiac failure") OR CHF) OR "heart failure" [Mesh])) AND patient*) AND ((perception) OR experience*) AND (((("daily living") OR "daily life") OR living)	<i>Hjärtsvikt + patienter + upplevelser + dagligt liv</i>	261	Antal lästa titlar: 261	Antal lästa abstrakt: 28

Sökningar i Cinahl 2019-11-11					
#	Sökord	Sökblock	Antal träffar	Kommentar	
#1	patient*	<i>Patienter</i>	1 621 609		
#2	"chronic heart failure"	<i>Hjärtsvikt</i>	4160		
#3	"heart failure"		52 550		
#4	"congestive heart failure"		6633		
#5	"cardiac failure"		27 211		
#6	CHF		2951		
#7	(MH "Heart Failure+")		33 881		
#8	"chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF OR (MH "Heart Failure+")		53 538		
#9	experience*	<i>Upplevelser</i>	344 570		
#10	perception		129 822		
#11	experience* OR perception		446 021		
#12	"daily living"	<i>Dagligt liv</i>	35 378		
#13	"daily life"		6727		
#14	living		117 936		
#15	"daily living" OR "daily life" OR "living"		122 675		
#16	("chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF OR (MH "Heart Failure+")) AND patient*	<i>Hjärtsvikt + patienter</i>	34 910		
#17	("chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF OR (MH "Heart Failure+")) AND (experience* OR preception)	<i>Hjärtsvikt + upplevelser</i>	2952		
#18	("chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF OR (MH "Heart Failure+")) AND ("daily living" OR "daily life" OR "living")	<i>Hjärtsvikt + dagligt liv</i>	1414		
#19	patient* AND (("daily living" OR "daily life" OR "living")) AND (("chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF OR (MH "Heart Failure+"))) AND ((experience* OR perception))	<i>Hjärtsvikt + patienter + upplevelser + dagligt liv</i>	260	Antal lästa titlar: 260	Antal lästa abstrakt: 98

Sökningar i Psycinfo 2019-11-11					
#	Sökord	Sökblock	Antal träffar	Kommentar	
#1	patient*	<i>Patienter</i>	656933		
#2	"chronic heart failure"	<i>Hjärtsvikt</i>	409		
#3	"heart failure"		3512		
#4	"congestive heart failure"		757		
#5	"cardiac failure"		130		
#6	CHF		428		
#7	"chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF		3678		
#8	experience*	<i>Upplevelser</i>	453615		
#9	perception		417818		
#10	experience* OR perception		809290		
#11	"daily living"	<i>Dagligt liv</i>	28282		
#12	"daily life"		8833		
#13	living		112235		
#14	"daily living" OR "daily life" OR "living"		119386		
#15	("chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF) AND patient*	<i>Hjärtsvikt + patienter</i>	2854		
#16	("chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF) AND (experience* OR perception)	<i>Hjärtsvikt + upplevelser</i>	610		
#17	("chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF) AND ("daily living" OR "daily life" OR "living")	<i>Hjärtsvikt + dagligt liv</i>	541		
#18	("chronic heart failure" OR "heart failure" OR "congestive heart failure" OR "cardiac failure" OR CHF) AND patient* AND (experience* OR perception) AND ("daily living" OR "daily life" OR "living")	<i>Hjärtsvikt + patienter + upplevelser + dagligt liv</i>	120	Antal lästa titlar: 120	Antal lästa abstrakt: 25

Bilaga 2, Artikelmatris

Author, Year, Country	Title	Aim	Number of participants	Method	Result	Quality and Comments
Andersson et al. (2012), Sweden	Living with heart failure without realising: a qualitative patient study.	To describe how people with HF experience support in Swedish primary healthcare.	11 participants (6 women, 5 men)	Semi-structured interviews, analysed with qualitative content analysis	Being abandoned Lack of information An absent dialogue To develop strategies on one's own	High quality. Properly described sampling and population. Good data-collection and well described result.
Burström m.fl. (2007), Sverige	Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga	Syftet med studien var att beskriva vad trygghet och otrygghet innebär för män med hjärtsvikt.	7 deltagare, alla män. Totalt 9 tillfrågades, en valde att inte delta och en till kunde inte medverka som följd av akut behov av sjukvård.	Fokusgrupps-intervjuer med samma grupp under två tillfällen. Kvalitativ innehållsanalys genomfördes på insamlat data.	Vid analys av intervjuerna framkom fyra huvudteman: Tillit inför livet respektive fruktan inför döden, tillsammans respektive ensam i sitt boende, kontrollera respektive tappa kontrollen över kroppen, tilltro respektive mistro till vården och behandlingen	Medelhög kvalitet. Otydligt beskrivet urvalsförfarande.

Kimani et al. (2018), Kenya	Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya: a serial interview study.	"We aimed to understand how patients made sense of their illness as well as examine how their social and cultural context may have influenced their interpretations using a constructivist epistemological approach"	18 participants, 10 female, 8 men. Three patients died and four were deemed untraceable by the end of the study. Thirteen participants took part in the second set of interviews and 11 participants in the third set of interviews.	Face-to-face interviews with patients were carried out at three monthly intervals up to a maximum of 6 months. All interviews were audio recorded and transcribed into English. A topic guide was used to direct interviews. Data-analysis was performed using thematic analysis.	Five main categories was found: physical symptoms, psychological issues, social issues, financial issues and information needs.	Middle-high quality. Unclear aim of study in relation to heart failure.
Klindtworth et al. (2015), Germany	Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life	To understand how old and very old patients with advanced HF perceive their disease and to identify their medical, psychosocial and information needs, focusing on the last phase of life.	25 participants, 14 female, 11 male. Five refused to attend follow-up interviews, two were cognitively unable to respond, and eight died.	Qualitative longitudinal interview study. Interviews were conducted at three-month intervals over a period of up to 18 months and were analysed using qualitative methods in relation to Grounded Theory.	Two main categories: Patient understanding of disease and prognosis. Delivery of health care	High quality. Many participants, longitudinal interviews

<p>Nordfonn et al. (2019), Norway.</p>	<p>Patients' experience with heart failure treatment and self-care—A qualitative study exploring the burden of treatment</p>	<p>This study aims to explore patients' perceptions of the burden related to treatment and self-care in chronic HF by addressing the following research question: "How do heart failure patients experience the burden of treatment?"</p>	<p>17 participants. 11 men, 6 women</p>	<p>Taped, individual, semi-structured interviews Data analysis was performed using systematic text condensation.</p>	<p>Two main themes were identified as: Emotional challenges and troublesome self-care.</p>	<p>Middle-high quality. Recruitment for the study used different approaches. Offered no explanation as to why.</p>
<p>Olano-Lizarraga et al. (2019), Spanien</p>	<p>Redefining a 'new normality': A hermeneutic phenomenological study of the experiences of patients with chronic heart failure.</p>	<p>"The aim of this study was to explore the perception of normality in life experienced by patients with chronic heart failure."</p>	<p>20 participants. 12 female and 8 men.</p>	<p>A face-to-face, conversational, phenomenological interview was conducted with each patient. Taped, data was analysed using thematic analysis.</p>	<p>Four main themes were identified: Accepting my new situation; Experiencing satisfaction with life; Continuing with my family, social, and work roles and Hiding my illness from others.</p>	<p>High quality. Data saturation and rigour.</p>

Pihl et al. (2011), Sweden	Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis.	The aim of the study was to describe how patients suffering from chronic heart failure conceived their physical limitations in daily life activities	15 patients. 10 male, 5 female.	Semi-structured taped interviews. Data analysis was performed in accordance with phenomenography.	Four main themes were identified: Need of finding practical solutions in daily life, Having realistic expectations about the future, Not believing in one's own ability and Losing one's social role in daily life	Middle-high quality. Very short analysis description.
Sampaio et al. (2018), Portugal	"When illness dictates who I am": A hermeneutic approach to older adults with heart disease	The overall aim of this study was to describe how older people with advanced chronic heart failure experienced their everyday lives and created meaning of their experiences, with a focus on personal dignity.	12 participants, 5 male and 7 female. 3 participants did not complete the third interview. 2 due to health issues and 1 did not wish to participate.	In-depth interviews conducted three times over a six month period. Data analysis was performed using a phenomenological-hermeneutical method.	The analysis resulted in two main-themes and seven sub-themes. The main themes were: "Seeing oneself as vulnerable" and "seeing oneself as a significant person"	High quality. Data collection and analysis described in detail.

Sano et al. (2018), Japan	Self-management of congestive heart failure among elderly men in Japan.	The aim of the study was to identify self-management processes of used by elderly male CHF patients who have been successful in avoiding re-hospitalization for at least 2 years.	10 male patients	Taped semi-structured interviews following an interview guide. Data analysis was preformed using a modified grounded theory approach where data analysis was performed after every interview.	The data indentified 16 themes and resulted in 1 core concept and 3 sub-concepts. The core concept: Balance between preventing decompensation and preferences. Subconcepts: Perception of HF, Encountering a new situation and life coordination for HF.	High quality. Good analysis description and well structured result.
Walthall et al. (2019), England	Patients experience of fatigue in advanced heart failure.	The aim of this study was to explore the experience of fatigue and living with fatigue in persons with advanced heart failure.	23 participants. 10 female, 13 men.	Individual interviews using a interview guide with open-ended questions. Data analysis was conducted using thematic analysis	Three key themes emerged: fatigue as a physical barrier, psychological response to fatigue, and fatigue as a part of daily life.	Middle-high quality. Long time passed between data collection and publication. Offered no explanation as to why.

Walthall et al. (2017), England	Living with breathlessness in chronic heart failure: A qualitative study	The purpose of the study was to explore how patients themselves describe their experiences of breathlessness, how breathlessness affects their daily lives and how they adjust to and manage it.	25 patients took part in the study. 15 male and 10 female. 86 patients were invited and 26 replied. One patient died before the study was finished.	Semi-structured interviews, digitally recorded. The data was analyzed through thematic analysis.	The themes that emerged from analysis of the data were; the nature of breathlessness, the emotional impact of breathlessness, the impact of breathlessness on daily life and managing breathlessness.	High quality. Logical and well written result
Wei Seah et al. (2016), Singapore	Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study	The purpose of the study was to explore the experiences, needs, and coping strategies of patients living with heart failure in Singapore.	15 participants. 13 male and 2 female. 32 patients were offered participation in the study however 17 declined for personal reason or fear of worsening their symptoms.	Face-to-face interviews using a semi-structured interview guide. Data was analysed using content analysis. with and inductive approach.	Four main themes were found: Percieved causes, manifestations and prognosis. Enduring emotions, managing the condition and needs from healthcare professionals,	High quality. Well described data collection. Data saturation was reached.

