

**DEN STORA FÖRÄNDRINGEN:  
HUR KVINNORS LIVSSITUATION PÅVERKAS AV HJÄRTSVIKT**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete

Examinationsdatum: 2016-04-04

Kurs: K45

Författare: Marie Bergius

Författare: Johanna Bostedt

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

I Sverige dör 55 kvinnor per dag i hjärt- och kärlsjukdom och hjärtsvikt räknas som en av de vanligaste dödsorsakerna bland kvinnor. Hjärtsvikt kan yttrar sig på olika sätt hos kvinnor och män och det råder stora könsskillnader gällande symtom, diagnos, behandling och omvårdnad. En hjärtsviktdiagnos innebär stora förändringar i livet och medför ofta funktionsnedsättningar.

### **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva vilka faktorer som påverkar livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt.

### **Metod**

En icke-systematisk litteraturoversikt med induktiv ansats valdes med avsikt att redogöra för det aktuella vetenskapliga kunskapsläget. Totalt har 15 artiklar inkluderats.

### **Resultat**

Tre huvudteman utformades; förändring, anpassningsförmåga och stödjande relationer. Utifrån syftet att beskriva vilka faktorer som påverkar livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt identifierades följande faktorer; livskvalitet, fysiska och psykiska symtom, ålder, kunskap, egenvård, copingstrategier och stöd från familj samt hälso- och sjukvård.

### **Slutsats**

De faktorer som framkom i resultatet står alla i relation till och påverkar varandra. Kvinnor drabbas av hjärtsvikt senare i livet än män. Det observerades att kvinnors livssituation präglas av en hög grad av stress och att de i större utsträckning drabbas av depression och ångest i samband med hjärtsvikt. Generellt förbättrades livskvalitet i takt med stigande ålder och förändrade förväntningar. Kunskap och stöd från familj samt hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till en känsla av sammanhang vilket i sin tur gör det lättare att hantera livssituationen.

**Nyckelord:** Coping, Hjärtsvikt, Kvinnor, Livssituation, Stöd

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Inledning</b> .....	1
<b>Hjärtsvikt</b> .....	1
<b>Prognos</b> .....	3
<b>Behandling</b> .....	3
<b>Coping</b> .....	4
<b>Livssituation</b> .....	5
<b>Könsskillnader</b> .....	6
<b>Känsla av sammanhang</b> .....	7
<b>Problemformulering</b> .....	8
<b>SYFTE</b> .....	8
<b>METOD</b> .....	9
<b>Val av metod</b> .....	9
<b>Urval</b> .....	9
<b>Datainsamling</b> .....	9
<b>Dataanalys</b> .....	11
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	11
<b>RESULTAT</b> .....	12
<b>Förändring</b> .....	12
<b>Anpassningsförmåga</b> .....	13
<b>Stödjande relationer</b> .....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	15
<b>Resultatdiskussion</b> .....	15
<b>Metoddiskussion</b> .....	17
<b>Slutsats</b> .....	19
<b>REFERENSER</b> .....	20

## BILAGA A-B

# BAKGRUND

## Inledning

En hjärtsviktsdiagnos innebär en stor förändring av livssituationen och det är framförallt den kroppsliga funktionsnedsättningen som är avgörande för livskvaliteten (Mårtensson, 2012). Förekomsten av kronisk hjärtsvikt ökar i takt med stigande medellivslängd hos befolkningen (Holst, 2008) och inom hjärtsviktsvården råder det könsskillnader på flera plan (Schenck-Gustafsson., 2008). Vissa könsskillnader är svåra att ändra på såsom mäns och kvinnors anatomi och fysiologi (Hsich & Piña, 2009). Hjärtsvikt står för en stor del av sjukvårdens resurser och kostnader (Wikström, 2014). Förhoppningsvis kommer denna studie att generera värdefull kunskap som kan tillämpas i det direkta omvårdnadsarbetet.

## Hjärtsvikt

### Epidemiologi

I Sverige beräknas omkring två till tre procent av befolkningen lida av hjärtsvikt. Detta motsvarar cirka 180 000-350 000 personer. Hjärtsvikt är den vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus hos personer över 65 år (Ericson & Ericson, 2012). Med stigande ålder ökar risken att drabbas och den kvinnliga populationen insjuknar senare än den manliga (Mårtensson, 2012).

### Patofysiologi

Hjärtsvikt har ingen klar definition utan betraktas som ett tillstånd av olika symtom och inte som en sjukdom. Anledningen till detta är att det alltid finns en bakomliggande grundorsak. Enligt Mårtensson (2012) kan hjärtsvikt definieras som ett tillstånd när hjärtats pumpförmåga är nedsatt och inte klarar av att försörja kroppens vävnader med tillräcklig mängd blod. Cirka 75 procent av alla personer med hjärtsvikt har ischemisk hjärtsjukdom eller hypertoni som bakomliggande grundorsak (Mårtensson, 2012). Andra bakomliggande orsaker är anemi, infektion, lungemboli, diabetes, alkohol, tyreoidesjukdom och första insjuknandet av autoimmuna sjukdomar (Ericson et al., 2012). Vid hjärtsvikt är både slagvolymen och hjärtminutvolymen (den mängd blod hjärtat pumpar ut per minut) nedsatt. Detta innebär att kamrarna inte töms helt. När kamrarna fylls på med blod inför varje nytt hjärtslag blir de överfulla, trycket ökar, kammarväggarna spänns ut och blodet stasas bakåt (Wikström, 2012). Kroppen försöker då kompensera det sviktande hjärtat genom att aktivera olika kompensationsmekanismer (Dahlström, 2010).

### Kompensationsmekanismer

Det sympatiska nervsystemet och renin-angiotensin-aldosteronsystemet (RAAS) aktiveras när minutvolymen minskar eftersom kroppen uppfattar detta som vätskebrist. Effekten blir att RAAS ökar blodvolymen genom retention av salt och vätska samtidigt som puls och blodtryck ökar på grund av påverkan på sympatiska nervsystemet. Sympatikuspåslaget medför en förhöjd belastning av hjärtat då de perifera blodkärlen drar ihop sig och kärlmotståndet ökar. I takt med att slagvolymen och trycket i kärlen blir större ökar

hjärtmuskulaturen i storlek (Wikström, 2012).

### Olika typer av hjärtsvikt

Det finns två typer av hjärtsvikt, akut och kronisk. Beroende på bakomliggande orsak kan hjärtsvikt utvecklas snabbt eller över tid. Akut hjärtsvikt har ett snabbt förlopp och utvecklas ofta i samband med hjärtinfarkt och hypertoni men kan även vara resultatet av en försämrad kronisk hjärtsvikt. Kronisk hjärtsvikt har ett långsammare förlopp och orsakas av svikt i kroppens kompensationsmekanismer (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011).

Hjärtsvikt kan utöver akut och kronisk hjärtsvikt klassificeras som systolisk eller diastolisk, höger- eller vänstersidig. Vid systolisk hjärtsvikt är tömningsförmågan, särskilt hos vänsterkammaren, nedsatt. Detta innebär en obalans mellan mängden blod hjärtat pumpar ut och vävnadernas behov av syre- och näringsrikt blod. Resultatet blir minskad slag- och minutvolym. Diastolisk hjärtsvikt innebär försämrad påfyllnadsfas i kamrarna på grund av styvhet i kammarväggen. När kammarväggen blir stel minskar dess förmåga att dilatera och relaxera vilket leder till att den slutdiastoliska volymen minskar (Ericson et al., 2012).

Hjärtsvikt delas in i vänster- respektive högersidig hjärtsvikt beroende på vilken hjärthalva som är drabbad. Nedsatt funktion i vänster kammare orsakar stas både i vänster förmak och kammare vilket leder till ökat tryck bakåt i lungkretsloppet (Eikeland et al., 2011). De symtom som är mest förekommande vid vänsterkammarsvikt är enligt Wikström (2012) andningsbesvär i form av andfåddhet, snabb andningsfrekvens, andnöd som kan förvärras vid liggande läge, lungödem, snabb puls och minskad urinproduktion.

Högerkammarsvikt innebär ett ökat tryck bakåt i systemkretsloppet. Vanliga symtom är stasade halsvener, perifera ödem som kan ge viktökning, pleuravätska och leversvullnad. Allvarlig vänsterkammarsvikt kan utvecklas till sekundär högerkammarsvikt. Trötthet och viktuppgång är generella symtom vid både höger- och vänsterkammarsvikt (Wikström, 2012).

Hjärtsvikt funktionsklassificeras i fyra olika graderingar enligt New York Heart Association (NYHA), enligt The Criteria Committee of the New York Heart Association (1973). Den kliniska bilden av varje grad av NYHA redovisas nedan i tabell 1.

Tabell 1. Funktionsklassificering av hjärtsvikt.

Grad	Klinisk bild
NYHA I	Nedsatt hjärtfunktion utan symtom.
NYHA II	Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid fysisk aktivitet av mer måttlig grad.
NYHA III	Måttlig hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet. Klassen delas upp i IIIa och IIIb beroende på om patienten klarar av att gå > 200 m på plan mark utan besvär eller med besvär. IIIb utgör något svårare fall.
NYHA IV	Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Ökande symtom vid minsta ansträngning. Patienten är oftast sängbunden eller förpassad till vilostol.

(Mårtensson, 2012. s. 82).

## Prognos

Hjärtsvikt är ett tillstånd som är allvarligt och förenat med en hög mortalitet. Prognosen för personer med hjärtsvikt är relaterad till respektive NYHA-grupp. För personer med mild hjärtsvikt (NYHA II) beräknas dödligheten inom ett år vara fem procent. Hos personer med hjärtsvikt som blivit diagnostiserade med ökad svårighetsgrad stiger mortaliteten. Vid svår hjärtsvikt (NYHA IV) beräknas dödligheten vara 40-50 procent (Dahlström, 2010). Enligt en studie av Buggey, Mentz, DeVore och Velazquez (2015) råder det trots stora satsningar på forskning inom området brist på nya läkemedelsbehandlingar som skulle kunna förbättra prognosen.

## Behandling

### Farmakologisk behandling

Behandling av hjärtsvikt ska fokusera på att utreda, korrigera och behandla den bakomliggande orsaken. Den kan vara farmakologisk och/eller icke farmakologisk och syftar även till att lindra symtom, förebygga utvecklingen av hjärtsvikt samt öka livskvaliteten (Holst, 2008; Schenck-Gustafsson, 2011). Den farmakologiska behandlingen av hjärtsvikt består av ACE-hämmare, diuretika och betablockerare. ACE-hämmare utgör basen i den farmakologiska behandlingen och hämmar aktiveringen av RAAS-systemet vilket resulterar i blodtryckssänkning, kärldilatation och förhöjd diures. Diuretika ökar njurarnas utsöndring av natrium och vatten vilket leder till minskad blodvolym och avlastning av hjärtat. Även betablockerare avlastar hjärtat genom att minska sympatikusstimuleringen och hjärtfrekvensen (Ericson et al., 2012).

### Icke-farmakologisk behandling

Den icke farmakologiska behandlingen går ut på att skapa verktyg för att stärka personer med hjärtsvikt. Många kvinnor med hjärtsvikt tendera att uppleva ångest, minskad självkänsla, skuld och en känsla av att vara en börda för andra. Genom omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan stödja och uppmuntra kvinnorna att verbalisera sina känslor vilket bidrar till att upprätthålla självkänslan och känna hopp om framtiden (Mårtensson, Karlsson, & Fridlund, 1998). Det är särskilt viktigt att kunna hjälpa kvinnorna att uppnå en känsla av kontroll över sin livssituation. Patientutbildning om etiologi, vad hjärtsvikt innebär, varför symtom uppträder, farmakodynamik och läkemedelsbiverkningar är en viktig del i detta. Genom ökad kunskap om sjukdomen och dess symptom kan sjuksköterskan tillsammans med kvinnorna sätta upp realistiska mål och förväntningar med fokus på egenvård. Genom kunskap och monitorering av förändringar av symtom såsom trötthet, andfåddhet och ödemutveckling till exempel genom dagliga viktkontroller kan personen själv tidigt upptäcka en försämring av hjärtsvikten (Holst, 2008). Effekten av utbildning anser Mårtensson et al. (1998) bidrar till minskat antal återinläggningar på sjukhus.

Egenvård är en viktig del av den icke-farmakologiska behandlingen av hjärtsvikt. Sjuksköterskan har en betydelsefull roll i att motivera kvinnorna till att följa individuellt anpassade råd gällande salt- och vätskerestriktioner, kost och motion (Holst, 2008).

På senare år har FaR, det vill säga fysisk aktivitet på recept, blivit ett allt vanligare alternativ både i förbyggande och behandlande syfte för personer med hjärtsvikt (Pellmer, Wramner & Wramner, 2013).

Egenvårdsförmågan hos personer med hjärtsvikt är generellt låg (Heo, Moser, Lennie, Riegel & Chung, 2008). Det finns skillnader mellan män och kvinnor gällande faktorer som påverkar egenvård. Framförallt när det gäller att tolka och svara på symtom. Kvinnor har mindre förtroende för sin egenvårdsförmåga, är mer osäkra på att ta beslut och skulle inte påbörja behandling utan samråd med hälso- och sjukvårdspersonal (Riegel, Dickson, Kuhn, Page & Worrall-Carter, 2010).

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem var en pionjär som utvecklade en omvårdnadsteori med målet att stärka personens förmåga till egenvård. Hon menar att människan i grunden har potential och motivation till att klara så mycket som möjligt på egen hand (Orem, 2001). För att hjälpa personer till egenvård identifierade Orem olika metoder som består i att; vägleda, undervisa, skapa en utvecklande miljö samt göra saker för och hjälpa personen fysiskt och psykiskt.

## **Coping**

Det saknas en svensk översättning till begreppet coping men Brattberg (2008) beskriver det som bemästringsförmåga. Copingförmåga innebär enligt henne förmågan att leva med osäkerhet, ovisshet och oro utan att misströsta. Coping handlar således om hur personer hanterar psykologisk stress.

Att leva med tillståndet hjärtsvikt påverkar livssituationen utifrån flera perspektiv (Mårtensson, 2012; Nahlén & Saboonchi, 2010). Hur stora förändringarna blir beror på personens copingförmåga. Tidigare forskning (Doering et al., 2004) identifierade ett samband mellan tre olika copingstrategier (aktiv beteende, aktiv kognitiv och undvikande) och känslotillstånd hos personer med hjärtsvikt.

I samband med hjärtsjukdom är de mest använda copingstrategierna aktiv beteende och undvikande (Holahan, Moos, Holahan & Brennan, 1995). Aktiv coping innebär att engagera sig och ta tag i problemet (Nahlén Bose, Björling, Elfström, Persson & Saboonchi, 2015) medan undvikande coping innebär att försöka undvika och distansera sig till problemet (Carver & Conner-Smith, 2010). Aktiv beteende coping genererade mindre trötthet och mer kraft medan undvikande coping förknippades med betydligt högre nivåer av ångest, ilska, depression, förvirring och trötthet (Doering et al., 2004). En avsaknad av copingförmåga kan innebära att livsstilsförändringarna i förlängningen leder till ytterligare sjukdomstillstånd (Brattberg, 2008).

## **Livssituation**

### Riskfaktorer

Människors levnadsvanor präglas av deras livssituation såsom ekonomi, utbildningsnivå, arbetslöshet och socialt nätverk. Vissa levnadsvanor kan personer själv förändra såsom rökning, fysisk aktivitet, alkoholkonsumtion etcetera. Osunda levnadsvanor innebär riskfaktorer för att drabbas av sjukdom, socialt utanförskap och för tidig död (Pellmer, et al., 2013). De vanligaste riskfaktorerna för att utveckla hjärtsvikt är rökning, högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes mellitus, stress, fetma, stillasittande livsföring och felaktiga kostvanor (Schenck-Gustafsson, 2011).

### Påverkan på vardagen

Hjärtsvikt är ett tillstånd som innebär flera funktionsnedsättningar (Grady et al., 2014; Griffin et al., 2007; Macabasco-O'Connell, Crawford, Stotts, Stewart & Froelicher, 2010). Flera studier (Grady et al., 2014; Macabasco-O'Connell et al., 2010) belyser att personer med hjärtsvikt ofta även lider av andra sjukdomar. Förekomst av astma, KOL och njursjukdom är vanliga sjukdomstillstånd (Macabasco-O'Connell et al., 2010).

Studier (Maas et al., 2011; Macabasco-O'Connell et al., 2010) har uppmärksammat ett samband mellan kvinnors livssituation och att kvinnor ofta har en lägre socioekonomisk status vilket i sin tur leder till att livsstilen påverkas negativt. Fetma, stress, depression och ångest är några exempel på dessa negativa riskfaktorer hos kvinnor. Benderly, Haim, Boyko och Goldbourt (2013) fann liknande i sin studie att låg socioekonomisk status korrelerar med ökad risk för hjärtsvikt.

Horstmann, Haak, Tomsone, Iwarsson och Gräsbeck (2012) jämförde i sin studie livstillfredsställelse hos äldre kvinnor med hjärtsvikt i Lettland och Sverige. De identifierade stora skillnader vilket kan härledas till olika ekonomiska och sociala omständigheter. Haak et al. (2012) fann att en låg levnadsstandard bland äldre kvinnor var ett hinder för att uppnå livstillfredsställelse.

Fler kvinnor än män med hjärtsvikt är ensamstående, änkor eller frånskilda. Dessutom visade det sig att trots att kvinnorna hade mer depressiva symtom såg de positivt på tillvaron och kände sig mer hoppfulla inför framtiden. Depressiva symtom som nedstämdhet och gråtattacker kan ha sitt ursprung i andra situationer än just tillståndet hjärtsvikt (Macabasco-O'Connell et al., 2010).

Löfvenmark, Mattiasson, Billing och Edner (2009) undersökte hur personer med kronisk hjärtsvikt upplevde ensamhet och socialt stöd. Tjugo procent rapporterade ensamhet och av dessa var de flesta kvinnor och yngre. De som upplevde ensamhet hade färre sociala- och känslomässiga kontakter och upplevde missnöje med dessa. För personer med hjärtsvikt är ensamhet en hälsorelaterad riskindikator. De som upplever ensamhet är generellt mer vårdkrävande oavsett hjärtsviktens svårighetsgrad (Löfvenmark et al., 2009).

Personer som har hjärtsvikt och är inskrivna på sjukhus rapporterar generellt låg livskvalitet. Svårighetsgraden av tillståndet hjärtsvikt kan förbättras över tid enligt Franzén-Dahlin, Rydell Karlsson, Mejhert och Laska (2010). Ett samband påvisades



mellan NYHA-klass och faktorer som påverkar livskvalitet efter sex månader. Franzen-Dahlin et al. (2010) fann att energi, sömn och social isolering hade stor inverkan.

## **Könsskillnader**

Tidigare forskning har nästan uteslutande utförts på manliga forskningspersoner vilket lagt grunden till uppfattningen att hjärtsvikt är en sjukdom som främst drabbar män (Schenck-Gustafsson, 2009; Shaw et al., 2006). I motsats till detta konstaterar Maas et al. (2011) att kvinnor har en ökad risk att drabbas av någon form av kardiovaskulär sjukdom i förhållande till män. Kvinnor drabbas av hjärtsvikt på ett annat sätt än män och har i större utsträckning en bevarad vänsterkammarmfunktion medan återfyllnaden är störd (Schenck-Gustafsson, 2008). Kvinnors och mäns hjärtan är uppbyggda på olika sätt. Kvinnors hjärtan är både mindre och lättare i proportion till kroppsvolymer (Nio, Stöhr & Shave., 2015). Könsskillnader finns även när det gäller riskfaktorer, sjukdomsmekanismer, ärftlighet och prognos hävdar Schenck-Gustafsson (2013). Kvinnor är mer benägna än män att ha hypertoni och klaffsjukdom som bakomliggande orsak till hjärtsvikt medan mäns underliggande etiologi oftast är kranskärslsjukdom (Hsich et al., 2009). I enighet med Lee et al. (2010) skiljer sig kvinnors och mäns symtom vid hjärtsvikt. Detta kan vara en av orsakerna till varför kvinnor tenderar att inte koppla sina symtom till hjärtsvikt och därför söker vård senare än män (Lund, 2014). Fischer, Baessler och Schunkert (2002) kopplar könsskillnader till ett samband mellan förändringar i renin-angiotensinsystemet och östrogen.

## Östrogenets effekt

Kvinnors insjuknande av hjärt- kärlsjukdomar sker i regel fem till tio år senare än män vilket kan bero på östrogenets skyddande effekt. Östrogenet har en förmåga att vidga kärlen och vara milt blodfettssänkande. Dessa egenskaper har visat sig ha en förebyggande effekt på ateroskleros. Risken att drabbas av hjärt- kärlsjukdom ökar därför när kvinnor kommer i klimakteriet och östrogennivåerna sjunker (Schenck-Gustafsson, 2008). Detta styrks av Wittnich, Tan, Wallen och Belanger (2013) vars studie behandlar orsakssambandet mellan försämrad hjärtfunktion och reducerad östrogenhalt. Metabolt syndrom uppstår vid hormonell obalans och kan förklaras som en samling riskfaktorer; insulinresistens, förhöjda blodfetter, högt blodtryck och bukfetma. Detta i sin tur menar Schenck-Gustafsson (2008) är länken mellan fetma och hjärt- kärlsjukdomar.

## Kvinnliga symtom

Den typiska personen med hjärtsvikt av kvinnligt kön är äldre, har en sjukdomshistoria med högt blodtryck, klaffsjukdom och diabetes. Symtomen hos kvinnor med hjärtsvikt stämmer oftast överens med symtombilden för vänsterkammarsvikt (Shah et al. 2012).

Lee et al. (2010) fokuserade på att studera symtomkluster i stället för enskilda symtom eftersom personer med hjärtsvikt ofta upplever flera symtom samtidigt. Två likvärdiga symtomkluster identifierades; fysiskt- respektive kognitivt symtomkluster. Det fysiska symtomklustret innefattade andnöd, trötthet och sömnstörningar medan oro, depression och kognitiva problem var utmärkande för det kognitiva symtomklustret. Kvinnor

rapporterade signifikant högre nivåer av ångest från trötthet, sömnstörningar, och var mer benägna än män att känna depressiva symtom (Lee et al., 2010). Kvinnors symtom på hjärtsvikt är enligt Schenck-Gustafsson (2008) ofta av en mer diffus art vilket hos äldre, multisjuka kvinnor försvårar diagnostik och behandling. Andnöd kan exempelvis vara uttryck för ångest eller KOL.

Orsaken till varför den kvinnliga populationen med hjärtsvikt inte är så vetenskapligt studerad kan enligt Schenck-Gustafsson (2008) bero på att hjärtsvikt hos kvinnor uppstår sent i livet samt att studier oftast har en övre åldersgräns på 60-65 år. Detta styrks av Greiten, Holditch, Arunachalam och Miller (2014) som i sin studie identifierar kunskapsbrist kring hur kvinnor med hjärtsvikt reagerar när det gäller farmakodynamik och farmakokinetik.

### Hälso- och sjukvårdens attityder

I enlighet med både Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763 §2) och de nationella folkhälsomålen (Pellmer et al., 2013). ska alla människor ha rätt till en god och jämställd vård oavsett kön, etnicitet, tro, sexuell läggning, politiska åsikter och kulturell bakgrund. Brännström, Hamberg, Molander, Lövheim och Gustafson (2011) belyser i sin studie könsskillnader inom hjärtsviktsvården och menar att män och yngre personer privilegieras framför kvinnor och äldre. Enligt Brännström et al. (2011) ordineras läkemedel i större utsträckning till kvinnor medan män premieras vid kirurgiska ingrepp såsom kärllkirurgi.

Naicker, Liddy, Singh, Taljaard och Hogg (2014) pekar på könsskillnader inom läkemedelsbehandling och inriktar sig särskilt på personer med perifer vaskulär sjukdom. För kvinnor med dessa problem är det mindre sannolikt att bli ordinerade det läkemedel som bäst lämpar sig för deras tillstånd (ASA, ACE-hämmare och/eller angiotensinreceptblockerare eller lipidsänkande läkemedel) jämfört med män. Naicker et al. (2014) betonar att obehandlad perifer vaskulär sjukdom kan få allvarliga konsekvenser i form av försämrad sjukdomsutveckling och förvärrade komplikationer.

Orsaken till nedprioriteringar inom hjärtsviktsvården för kvinnor kan enligt Naicker et al. (2014) bero på svårigheter att tolka kvinnors symtom samt bristande kunskap inom området. Detta i sin tur kan leda till under- och feldiagnostisering (Shaw et al. 2006). Det är viktigt att personer med hjärtsvikt i ett tidigt stadium får rätt diagnos och en omedelbar behandling (Albert, Trochelman, Li & Lin, 2010). Detta gäller även vid försämrad status av hjärtsvikt. Betydelsen av att känna till tecken och symtom på försämring kan påverka följsamhet och egenvårdsmöjligheter enligt Albert et al. (2010).

### **Känsla av sammanhang**

Aaron Antonovsky grundade den salutogena modellen när han studerade kvinnors mentala hälsa. Han jämförde mental hälsa hos kvinnor som suttit i koncentrationsläger och kvinnor utan den erfarenheten. Antonovsky fann att hela 30 procent av de kvinnor som suttit i koncentrationsläger hade god mental hälsa. Vidare resonerade han kring varför dessa kvinnor trots stora påfrestningar kunde må så pass bra. Antonovsky konstaterade att känsla av sammanhang (KASAM) är den faktor som anger till vilken grad en person kan hantera och ta itu med svåra situationer i livet (Antonovsky, 1987).

Begreppet KASAM består av tre komponenter. Dessa tre komponenter är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1987). Begriplighet är en kognitiv komponent som innebär att förstå, sin omgivning, sin tillvaro och sig själv. Personer med en hög känsla av begriplighet räknar med att situationer som uppkommer i framtiden är förutsägbara eller förklarliga fast de kommer som en överraskning. Hanterbarhet går ut på att med hjälp av personens egna eller andras resurser kunna hantera de krav och belastningar som hen utsätts för i olika situationer. Personer med hög känsla av hanterbarhet ser inte sig själva som offer för omständigheter. Meningsfullhet handlar till stor del om motivation det vill säga en upplevelse om att livet har en mening. Svåra situationer kan ses som en utmaning värda att satsa energi och engagemang på av personer med hög grad av meningsfullhet. Av de tre komponenterna är meningsfullhet den viktigaste enligt Antonovsky eftersom denna utgör den drivande kraften till en ökad förståelse av världen omkring oss. Utan komponenten meningsfullhet är det svårt att begripa, hitta tillgängliga resurser och hantera en situation (Antonovsky, 1987).

Det som utmärker en person med hög KASAM är att hen kan ge uttryck för sina behov tydligare, ha större förståelse för sin situation och vad olika behandlingar innebär. Detta är förenligt med Patientlag (SFS 2014:821) som stadgar patientens delaktighet i utformningen av sin egen vård. Enligt Bergman, Malm, Ljungquist, Berterö och Karlsson (2012) har känsla av sammanhang en stark inverkan på hälsan men omvänt har hälsa också har en inverkan på KASAM.

## **Problemformulering**

Det råder en negativ trend för utveckling av hjärtsvikt hos kvinnor i och med att prevalensen ökar i takt med stigande ålder (Mårtensson, 2012). I Sverige dör 55 kvinnor per dag i hjärt-kärlsjukdom och det är den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor (Schenck-Gustafsson, 2011). Enligt Wikström (2014) ger detta upphov till både ökade samhällskostnader och personligt lidande. Att få ett hjärtsviktsbesked innebär att livssituationen förändras på många plan. Anpassningen till det nya livet med behandlingar, medicinering, sjukhusvistelser och komplikationer kan vara minst sagt påfrestande och flera studier (Damian, de Pedro-Cuesta, Almazán, Comín- Comín, Quintanilla, & Labo, 2013; Hamo et al., 2015) vittnar om att kvinnor med hjärtsvikt i större utsträckning än män får psykiska besvär såsom depressioner. Vidare belyser Hamo et al. (2015) att kunskap saknas om hur kvinnor med hjärtsvikt upplever sin livssituation. Mot bakgrund av detta vill författarna undersöka vilka faktorer som påverkar livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva vilka faktorer som påverkar livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt.

## **METOD**

### **Val av metod**

Med utgångspunkt i Kristenssons (2014) litteratur valdes att genomföra en icke-systematisk litteraturöversikt. Detta för att redogöra för relevant forskning som belyser livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt. För att en systematisk översikt ska få vetenskaplig tyngd krävs att all litteratur inom ramarna för syftet ska eftersökas, bearbetas och ställas samman. En icke-systematisk litteraturöversikt har samma struktur som en systematisk men är mindre omfattande. På grund av tidsbrist fanns dock inte möjligt att behandla den mängd artiklar som krävdes för att genomföra en systematisk översikt av god kvalitet. I enighet med Rahnavard, Nodeh och Hatamipour (2014) finns det ett behov av fördjupad kunskap gällande hur kvinnor påverkas av hjärtsvikt.

### **Urval**

#### Inklusionskriterier

I enighet med Kristensson (2014) ska alla artiklarna som används i litteraturöversikten vara peer-reviewed, det vill säga att tidskrifterna använder minst två oberoende vetenskapliga experter som granskar kvalitet och innehåll innan publicering. Vidare ska artiklarna vara skrivna på engelska och publicerade från år 2010 och framåt. Ytterligare inklusionskriterier är att artiklarna gäller kvinnor med diagnosen hjärtsvikt.

#### Exklusionskriterier

Artiklar som behandlar barn exkluderades i litteraturöversikten på grund av irrelevans i förhållande till studiens syfte. I syfte att skapa gynnsammare förutsättningar för litteratursökande i databaserna valdes artiklar som saknade abstrakt bort. För att resultatet ska bli så tillförlitligt som möjligt med den nyaste forskningen exkluderas artiklar publicerade innan år 2010.

### **Datainsamling**

Till denna litteraturstudie har artikelsökningarna utförts i databaserna Public Medline (PubMed) och The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) under februari 2016. I enighet med Kristensson (2014) används dessa två databaserna främst till att söka omvårdnadsforskning. Vetenskapliga artiklar i CINAHL omfattar forskning med ett vårdvetenskapligt fokus medan PubMed är en databas som främst behandlar litteratur från medicinsk vetenskap (Kristensson, 2014).

Problemområdet angreps genom att göra en mind-map med olika begrepp kring intresseområdet. Begreppen översattes i Svenska Mesh till Medical Subject Headings (MeSH-termer) vilka används i databasen PubMed. Databaserna PubMed och CINAHL använder olika indexord för att underlätta artikelsökning. I CINAHL kallas indexorden subject heading lists (Kristensson, 2014). En gemensam lista med relevanta sökord för båda databaserna upprättades. Sökorden ska vara så specifika och tydliga som möjligt för att undvika irrelevant litteratur enligt (Kristensson, 2014)

I sökstrategin identifierades följande söktermer; hjärtsvikt, kvinnor, livskvalitet, egenvård, livsstil och patienttillfredsställelse. Därefter har sökorden systematiskt kombinerats i PubMed och CINAHL för att ge en indikation om antalet artiklar av betydelse för studien. För att få mer specifika sökträffar i databasen CINAHL användes Major Subject Heading. Samtliga sökningar finns presenterade i tabellen nedan. Totalt har 15 artiklar inkluderats i litteraturöversikten. För specificering av dessa har en matris upprättats, se bilaga B. I tabellen nedan redogörs en utförlig redovisning av alla artikelsökningar.

Tabell 2. Sökschema

Redovisning av artikelsökning i databaserna PubMed och CINAHL.

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Genomlästa abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
CINAHL	2016-02-09	Heart failure AND Female AND Quality of life (MJ)	Published Date: 2010 – 2016, English Language, Human, Sex: Female, Age Groups: Peer Reviewed	178	85	20	4
CINAHL	2016-02-09	Heart failure (MJ) AND women AND Quality of life	Published Date: 2010 – 2016, English Language, Human, Sex: Female, Age Groups: Peer Reviewed	25	15	10	2
CINAHL	2016-02-09	Heart failure AND Female AND Self efficacy	Published Date: 2010 – 2016, English Language, Human, Sex: Female, Age Groups: 65+, Peer Reviewed	35	20	10	1
CINAHL	2016-02-09	Heart failure AND Female AND Life style	Published Date: 2010 – 2016, English Language, Human, Sex: Female, Age Groups: 65+, Peer Reviewed	24	11	4	0
PubMed	2016-02-09	Heart failure (MeSH Terms) AND Female (MeSH Terms) AND Quality of life (MeSH Terms)	Published Date: 2010 – 2016, English Language, Human, Sex: Female, Age Groups: 65+	334	200	25	6
PubMed	2016-02-09	Heart failure (MeSH Terms) AND Female (MeSH Terms) AND Self efficacy (MeSH Terms)	Published Date: 2010 – 2016, English Language, Human, Sex: Female, Age Groups: 65+	15	11	4	1
PubMed	2016-02-09	Heart failure (MeSH Terms) AND Female (MeSH Terms) AND	Published Date: 2010 – 2016, English Language, Human, Sex: Female, Age Groups: 65+	46	24	10	1

		Patient satisfaction (MeSH Terms)					
PubMed	2016-02-09	Heart failure (MeSH Terms) AND Female (MeSH Terms) AND Life style (MeSH Terms)	Published Date: 2010 – 2016, English Language, Human, Sex: Female, Age Groups: 65+	24	10	3	0
Summa				681	376	86	15

## Dataanalys

### Bearbetning

Data har i enighet med Kristensson (2014) analyserats i flera steg varav det första steget gick ut på att läsa sökträffarnas titlar. Därefter lästes väsentliga abstrakt och artiklar som stämde överens med studiens syfte valdes ut. Nästa steg i analysen innebar att individuellt läsa de utvalda artiklarna i fulltext och göra ytterligare en gallring. Artiklarna har upprepade gånger lästs av båda författarna och olika ämnesområden urskildes i samband med läsandets gång. Med utgångspunkt i studiens syfte bearbetades innehållet i de utvalda artiklarna vilket genererade tre teman; förändring, anpassningsförmåga och stödjande relationer. Det tredje steget i analysen innebar en kritisk granskning och bedömning av de utvalda artiklarnas trovärdighet och kvalitet. I granskningsprocessen har *Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats* använts (Bilaga A). Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag är modifierat utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). I enighet med Kristensson (2014) som belyser vikten av att redovisa tillvägagångssättet för gallringen gjordes en sammanställning i en matris. I resultatmatrisen under kategori urval står ”n” för antal medverkande som deltog i studien. Bortfall av olika anledning redovisas och anges inom parantes (se bilaga B).

### **Forskningsetiska överväganden**

Under arbetet med denna litteraturöversikt har strävan varit att inte göra några etiska överträdelser såsom fabricering, plagiering eller förfalskning. I enighet med Olsson och Sörensen (2011) har utgångspunkten varit att använda originalartiklar. För att säkra kvaliteten på artiklarna användes peer-reviewed vid sökningar i CINAHL. En begränsning till endast peer-reviewed artiklar var inte möjlig i databasen PubMed vilket medförde att artiklarnas trovärdighet fick granskas på annat sätt. I flera av artiklarna framgick det av innehållet om de var peer-reviewed alternativt kunde information om detta finnas på tidskriftens hemsida (Helgesson, 2015).

Strävan har i enighet med Helgesson (2015) varit att samtliga personer som deltagit i de utvalda artiklars studier givit sitt samtycke. Informerat samtycke innebär att forskningspersoner är fria att när som helst lämna forskningsstudien utan att forskaren kan påverka eller utgöra hinder för detta. Med stöd av Helgesson (2015) eftersträvades objektivitet och förutsättningslöshet i denna litteraturöversikt. Detta innebär att resultatet inte skulle påverkas av personliga värderingar och erfarenheter.

## RESULTAT

Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt. I resultatet från de 15 inkluderade artiklarna identifieras tre teman som överensstämde med studiens syfte. Dessa teman presenteras enligt följande rubriker: förändring, anpassningsförmåga och stödjande relationer.

### Förändring

#### Livskvalitet

Livskvaliteten är generellt märkbart försämrade hos personer med hjärtsvikt (Burström et al., 2012; Enç et al., 2010; Moser et al., 2013). Det visade sig dock att livskvaliteten förbättrades över tid (Enç et al., 2010). I enlighet med detta kunde Mulligan et al. (2012) se signifikant minskade nivåer av ångest hos personer med kronisk hjärtsvikt sex månader efter diagnos. Mulligan et al. (2012) menar att anpassningen grundar sig på att personer då hunnit anpassa sig till hjärtsvikt som ett kroniskt snarare än ett akut tillstånd. Moser et al. (2013) studerade vilka faktorer som påverkar livskvalitet. Deltagarna i studien definierade själva andlighet, psykologiska faktorer, ekonomisk status, hälsotillstånd, socialt stöd och hälsorelaterat beteende som faktorer av betydelse. Uppfattningen om vad livskvalitet är skiljde sig inte nämnvärt mellan yngre och äldre personer med tillståndet hjärtsvikt. Oavsett ålder förknippades livskvalitet med förmågan att utföra aktiviteter, lycka och relationer (Moser et al., 2013).

Förändringar i symtom påverkar naturligtvis också livskvaliteten i positiv eller negativ riktning (Mulligan et al., 2012). I enlighet med detta belyser Burström et al. (2012) hur olika symtom såsom patologisk trötthet, brist på energi, svullnad i benen, oregelbunden puls, kärlekskramp, kallsvett och andnöd försämrar livskvaliteten. Dos Santos, GuedesEde, Barbosa och da Cruz Dde (2012) fann ytterligare symtom som påverkar livskvaliteten negativt med fokus på sömnsvårigheter. Det var framför allt symtom som nokturi, avbruten sömn på natten och andningssvårigheter som gav sömnstörningar. Burström et al. (2012) betonar vikten av att lära sig känna igen symtom och anpassa sig till sin förmåga vilket i sin tur skapar trygghet, välbefinnande och ökar livskvaliteten. Buck, Lee, Albert, Lennie, Bentley, Worrall-Carter och Riegel (2012) belyser vikten av att tro på sin egen förmåga till egenvård och menar att det är en avgörande faktor för en god livskvalitet.

#### Förväntningar

Det råder en skillnad i livskvalitet relaterat till ålder för personer med hjärtsvikt (Mulligan et al., 2012; Moser et al., 2013). Äldre personer uppvisade trots sämre prognos och fysisk status en högre emotionell livskvalitet än yngre. Mulligan et al. (2012) studerade tre olika åldersgrupper; yngre än 54 år, 54-62 år och 63-70 år och fann högre nivåer av depressiva symtom och ångest bland de yngsta deltagarna. Vidare såg Moser et al. (2013) ett samband mellan stigande ålder och förändrade förväntningar om vad god livskvalitet är. Medan de yngre deltagarna hade svårt att acceptera sin förändrade livssituation upplevde de äldre att de översteg sina personliga förväntningar i förhållande till sin ålder. Därmed blev de äldre inte lika förkrossade över sin nya livssituation. Uttryck

som; "It could be worse ... lot's worse..." och snarlika formuleringar uttrycktes av många äldre personer. Även samhällets förväntningar på unga och äldre skiljer sig åt. Unga förväntas vara friska, aktiva, göra karriär, bilda familj och behålla sina många sociala kontakter medan de äldres kroppsliga och mentala förmåga förväntas bli allt sämre (Moser et al., 2013).

## **Anpassningsförmåga**

### Kunskap

För att få en känsla av kontroll över situationen understryker Sundin et al. (2010) vikten av att få information och att vara delaktig i sin egen vård. Vidare menar Ross, Ohlsson, Blomberg och Gustafsson (2015) att behovet av information är särskilt stort vid en nyligen diagnostiserad hjärtsvikt. Kunskapsnivån hos personer med hjärtsvikt påverkas av olika faktorer (Hwang et al., 2014; Macabasco-O'Connell et al., 2011). Låg läskunnighet är förenad med lägre sjukdomskunskap bland personer med hjärtsvikt. Detta i sin tur skapar sämre egenvårdskapacitet och livskvalitet (Macabasco-O'Connell et al., 2011). Den lägsta sjukdomskunskapen och sämsta egenvårdsförmågan menar Hwang et al. (2014) fanns hos morbida personer, det vill säga de med flera sjukdomstillstånd utöver hjärtsvikt.

Ur ett vidare perspektiv konstaterar Howie-Esquivel och Dracup (2012) att mer information och kunskap om hjärtsvikt önskas av de flesta personer med hjärtsvikt. I motsats till detta ifrågasätter Jackson och Emery (2011) kunskapens positiva effekt på livskvaliteten hos kvinnor med hjärtsvikt. Jackson et al. (2011) fann ett samband mellan låg sjukdomskunskap och oförmågan att beskriva känslor i ord. Sambandet mellan dessa faktorer har en benägenhet att skapa ångest hos kvinnorna. Vidare kan sjukdomskunskap ge en sämre emotionell livskvalitet hos kvinnor om de använder sig av förnekelsebaserade copingstrategier (Jackson et al., 2011).

### Coping

Förmågan att anpassa sig till ett kroniskt tillstånd som hjärtsvikt påverkas av en rad olika faktorer enligt Mulligan et al. (2012). Många kvinnor med hjärtsvikt, framförallt rökare eller tidigare rökare, klandrar sig själva för att vara sjuka vilket skapar känslor av osäkerhet, skam och skuld. Flertalet kvinnor har även svårt att hantera symtom och att acceptera att de inte längre kan göra sådant som de tidigare tagit för givet. Detta resulterar i känslor av ilska, besvikelse och brist på energi (Burström et al. 2012).

Det faktum att livssituationen förändras har större inverkan på livskvaliteten än upplevelsen av att leva med en kronisk sjukdom (Kristofferzon, Lindqvist & Nilsson et al., 2011). Det finns ett samband mellan förmågan att hantera sin livssituation och copingstrategi. Kvinnor med hjärtsvikt upplever mer stress än män vid fysiska och psykiska symtom vilket påverkar livskvaliteten negativt (Jackson, et al., 2011; Kristofferzon et al., 2011). Vidare fann Jackson et al. (2011) att kvinnorna oberoende av copingstrategi har en tendens att reagera undvikande vid problem. I och med detta kan kvinnor med hjärtsvikt få ett sämre sjukdomsutfall vilket ökar risken för depression och dödlighet.



## Stödjande relationer

### Familj

Ett socialt stöd i form av en partner, barn, barnbarn, vänner, grannar och att få besök samt få hjälp med praktiska sysslor är av stor vikt för känslan av trygghet och säkerhet för kvinnor med hjärtsvikt (Burström et al., 2012; Årestedt et al., 2013). Vid vissa situationer är behovet av trygghet extra stort till exempel vid hemkomst från en sjukhusvistelse (Burström et al., 2012). En god relation till närstående grundar sig på respekt och att kvinnan blir bekräftad i sin sjukdom. Stödjande relationer frambringar då kvinnans oberoende genom att hon kan hantera så mycket som möjligt själv och på så sätt får behålla sin värdighet (Sundin et al., 2010).

Vid avsaknad av stöd upplever kvinnor att de sätts i negativt beroende när de ber om hjälp men är oförmögna att erbjuda något tillbaka (Burström et al., 2012). De upplever ofta oro och ångest inför framtiden och ett växande behov av att vara en börda för andra. Följden blir att kvinnor sänker kraven på sig själva och försöker undvika att visa sina begränsningar genom att be om mindre hjälp. Genom att hålla upp en fasad ger de intryck av att vara friskare än vad de är för att inte ligga andra till last (Burström et al., 2012; Sundin et al., 2010).

Således verkar det finnas ett samband mellan personens uppfattning av sin egenvårdsförmåga och förhållandet mellan denne och familjemedlemmar (Stamp et al., 2014). Egenvårdsförmågan är generellt högre om personen har en partner menar Stamp et al. (2014). Avsaknad av nära relationer bidrar till ett lidande och ensamhet hos äldre kvinnor med kronisk hjärtsvikt (Burström et al., 2012; Sundin et al., 2010). Lågt socialt stöd associeras även med hög svårighetsgrad av hjärtsvikt (NYHA) enligt Årestedt et al. (2013).

### Hälso- och sjukvårdspersonal

En förtroendefull relation till hälso- och sjukvårdspersonal har stor inverkan på känslan av trygghet för kvinnor med hjärtsvikt (Burström et al., 2012). Vidare rapporterar kvinnor med hjärtsvikt att de har svårighet att upprätta en relation till hemsjukvårdspersonal på grund av bristande kontinuitet. Detta är förenligt med tidigare studier (Sundin et al., 2010) som påvisar att kontinuerlig vårdkontakt leder till att kvinnor känner sig trygga och säkra. Det framgick att kvinnor väntar tills de är riktigt dåliga innan de söker vård i hopp om att få ett bättre bemötande av hälso- och sjukvårdspersonal (Burström et al., 2012).

Båda dessa studier (Burström et al., 2012; Sundin et al., 2010) konstaterar att det är viktigt för kvinnor med hjärtsvikt att veta vem de ska vända sig till när de mår dåligt. I en vårdssituation önskar kvinnor bli bekräftade utifrån sin specifika livssituation och bli bemötta med empati, förståelse och respekt. Tanken på att få hjälp med den personliga hygien av okänd personal framkallar känslor av ångest hos kvinnor med hjärtsvikt. (Burström et al. 2012). De vill inte bara bli sedda som en anonym sjuk patient utan som en unik person. Om det saknas en ansvarig vårdkontakt och kvinnorna inte vet vem de ska vända sig till skapar detta en känsla av övergivenhet. Sundin et al. (2010) menar att tidigare erfarenhet av bristande tillit från vårdgivare ofta är bakomliggande orsak till varför kvinnor med hjärtsvikt väljer att inte ta kontakt med hälso- och sjukvård.

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Vårt syfte med denna studie var att identifiera faktorer som påverkar livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt. Utifrån de faktorer som framkom i resultatet konstaterades att alla stod i relation till och påverkade varandra. Det framkom även att en hjärtsviktsdiagnos innebär stora förändringar i vardagen. Ett av huvudfynden var att kunskap är nyckeln till de flesta faktorer som påverkar livssituationen hos personer med hjärtsvikt. Behovet av information är som allra störst vid nyligen diagnostiserad hjärtsvikt (Ross et al., 2015) eftersom det ofta medför känslor som rädsla, oro och ångest. Vidare kan information och kunskap om sjukdomstillstånd och behandling i ett tidigt skede minska oro över tiden och bidra till en ökad känsla av sammanhang (Bergman et al., 2012; Mulligan et al., 2012).

Resultatet visar att personer med hjärtsvikt generellt har en försämrad livskvalitet. Den egna föreställningen om sjukdomen, dess symtom och behandling är avgörande för hur livssituationen utvecklas (Mulligan et al., 2012). Genom att få förståelse för sin situation kan en känsla av begriplighet infinna sig. Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är tre komponenter som måste uppfyllas för att uppnå KASAM. Antonovsky anser att meningsfullhet är den mest avgörande komponenten av dessa tre. Bergman et al. (2012) utgick från Antonovskys teori men fann motsatt begriplighet som den viktigaste bidragande faktorn till känsla av sammanhang.

För att personer med hjärtsvikt ska känna sig trygga är det viktigt att lära sig känna igen tecken och symtom på försämring av hjärtsvikt. Trots detta saknas information om att det finns skillnader i symtom på hjärtsvikt mellan kvinnor och män på Vårdguidens hemsida. Mot bakgrund av att Schenck-Gustafsson (2008) förklarar kvinnors symtom som mer diffusa och svårare att upptäcka än mäns bör könsrelaterad information inom detta område prioriteras av Vårdguiden. Otydlig information kan leda till att kvinnor ignorerar sina symtom på hjärtsvikt vilket kan få förödande konsekvenser.

Av resultatet framgår att depression och ångest förekommer i större utsträckning hos kvinnor än hos män vilket stärks av Damian et al. (2013) och Lee et al. (2010). Yngre personer med hjärtsvikt är mer benägna än äldre att drabbas. Genom att kunna erbjuda kvinnor med depressiva symtom tidig behandling ökar deras förmåga till egenvård och känsla av kontroll.

Det finns ett samband mellan copingstrategier och förmågan att hantera sin livssituation. Resultatet visar att kvinnor använder mer känslolokaliserad coping än män vilket korrelerar med försämrad livskvalitet. Kvinnors copingstrategier kan även härledas till deras kognitiva inställning till stress. Vi tror att kvinnors ökade sysselsättningsgrad, trots att de fortsättningsvis får axla ett stort ansvar i hemmet, utgör en stor del av stressen. Detta stärks av Eek och Axmon (2015) som menar att en ojämlig fördelning av hushållsarbete leder till högre nivåer av upplevd stress, trötthet, sämre välbefinnande och försämrad psykisk hälsa.

Känslan av delaktighet i sin egen vård är betydelsefull för välbefinnandet. Detta stärks i Patientlag (SFS 2014:821) som påtalar att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att så långt det är möjligt utforma vården i samråd med patienten. Hälso- och sjukvård ska även utgå från personens önskemål och individuella förutsättningar. Det är viktigt att känna till personens egen syn på sin situation och vilka faktorer som påverkar livssituationen för att

kunna ge en god vård. Om personer med hjärtsvikt blir sedda ur ett holistiskt perspektiv ökar deras möjligheter att kunna hantera sin livssituation.

Vårt resultat visar att kvinnor vill bli bemötta med förståelse, empati och respekt i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Kontinuerlig vårdkontakt och delaktighet skapar trygghet liksom vetskapen om var man ska vända sig vid ett försämrat tillstånd. Tidigare negativa vårderfarenheter kan bidra till att kvinnor i mindre utsträckning söker vård (Lund, 2014). Vidare visar resultatet att kvinnor tror att de kommer att få ett bättre bemötande av hälso- och sjukvårdspersonal om de väntar med att söka vård tills de är tillräckligt dåliga. Utifrån egna praktiska erfarenheter av sjukvård kan en komplex vårdssituation urskiljas. Med tanke på den personalbrist som råder kan det vara svårt att bygga upp en förtroendefull relation och skapa kontinuitet i relationen till personer med hjärtsvikt.

Det finns ett kunskapsglapp inom flera områden kopplade till kvinnor med hjärtsvikt (Nackier et al., 2014; Shaw et al., 2006). Särskilt oroande finner vi att Greiten et al. (2014) pekar på generell kunskapsbrist gällande hur farmakologisk behandling fungerar samt påverkar kvinnokroppen samtidigt som Brännström et al. (2011) konstaterar att kvinnor i allt större utsträckning än män blir behandlade med farmakologiska preparat. Ur resultatet framgår att kvinnor med hjärtsvikt ofta upplever oro för läkemedelsbiverkningar vilket kan resultera i minskad följsamhet.

Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att motivera till egenvård. Faktorer som påverkar egenvårdsförmågan skiljer sig åt mellan kvinnor och män. Kvinnor tenderar att vara mer oroliga och ha svårare att fatta beslut vilket är väsentligt att känna till för att kunna möta dem på rätt sätt. Ett bra stöd från hälso- och sjukvårdspersonal kan bidra till en känsla av kontroll och oberoende hos kvinnor. En annan aspekt är att kvinnor har en högre medelålder och insjuknar senare än män vilket gör att vi kan dra slutsatsen att deras egenvårdsförmåga är sämre. Med detta i åtanke skulle man kunna tänka sig att äldre kvinnor med hjärtsvikt upplever sämre livskvalitet. Resultatet visar motsatt att livskvaliteten var signifikant bättre hos äldre personer med hjärtsvikt än yngre (Moser et al., 2013; Mulligan et al., 2012). Förklaringen till detta kan vara att äldre personer sänker sina förväntningar på livskvaliteten i takt med stigande ålder. Dock hade äldre och yngre deltagare med hjärtsvikt samma syn på vad livskvalitet innebär.

Genomgående för de studier som behandlar kvinnors livskvalitet är att stöd från anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonal har stort värde. Resultatet visar att många kvinnor är rädda för att bli ensamma, att vara en börda för andra och att deras värdighet ska gå förlorad i takt med ett växande vårdbehov. För att undvika detta nedprioriterar många kvinnor med hjärtsvikt sina egna behov och utger sig för att de är friskare än vad de egentligen är. Svårigheten ligger i att kunna se bakom denna upprätthållna fasad. Det bästa sättet att nå kvinnorna är genom att bygga upp en tillitsfull relation.

Utifrån resultatet bygger de bästa stödjande relationerna på att bevara kvinnors autonomi och stärka deras tro på den egna förmågan. Detta är förenligt med både Dorothea Orems omvårdnadsteori och Henderson teori som bygger på att sjuksköterskans främsta uppgift är att hjälpa personen att återfå och upprätthålla oberoende (Pokorny, 2014). Lundman et al. (2010) kopplar personens förmåga av egna resurser tillsammans med lämpliga copingstrategi till begreppet KASAM. Ett salutogent arbetssätt kan bidra till att personen fokuserar på framtiden och på det friska vilket bidrar till att lättare kunna bemästra svårigheter.

Upprätthållandet av goda sociala relationer samt att kunna hantera sin vardag utifrån sina egna resurser var starkt förknippad med en känsla av meningsfullhet. Resultatet vittnar om att stöd från familj och vårdpersonal är den största källan till trygghet för personer med hjärtsvikt. I motsats till detta fann Moser et al. (2013) att personer i åldrarna 54-70 år som var gifta eller sammanboende upplevde sämre livskvalitet än de som levde själva. Detta skulle kunna härledas till att tillståndet hjärtsvikt påverkar livssituationen negativt både för anhöriga och den drabbade.

## **Metoddiskussion**

I enlighet med Kristensson (2014) valdes en icke-systematisk litteraturoversikt. En översikt har större vetenskaplig tyngd ju mer systematisk den är. Trots detta kan en icke-systematisk översikt presentera värdefull kunskap genom att sammanställa tidigare forskning (Kristensson, 2014). På grund av tidsbrist var en icke-systematisk litteraturoversikt att föredra. En fördel med valet av metod var att studier som sträcker sig över tid, så kallade longitudinella studier kunde inkluderas.

Om studien hade utformats genom intervjuer hade möjligheten att ta del av mer personliga och subjektiva upplevelser funnits samt möjligheten att ställa följdfrågor. Den största vinningen med en intervjustudie hade varit att deltagarna fått chans att beskriva sin livssituation med egna ord. Detta är något som vald metod inte kunnat erbjuda i samma utsträckning. Dock har vald metod till viss del medfört personliga redogörelser i form av citat. En icke-systematisk litteraturoversikt kan hantera ett större antal deltagare på kort tid medan en intervju- eller enkätstudie endast kan redogöra för färre antal deltagare. Tidsbrist var främsta orsaken till att dessa metoder valdes bort då de förhoppningsvis tagit för lång tid att upprätta och utföra. En intervju- eller enkätstudie hade dessutom begränsat oss till att utgå ifrån ett större sjukhus i Stockholm medan vald metod gav oss möjlighet att ta del av studier från andra länder såsom Turkiet, USA, Storbritannien, och Brasilien. Resultatet av en intervju- eller enkätstudie hade på grund av detta sett annorlunda ut.

Med stöd av Kristensson (2014) valdes databaserna CINAHL och PubMed eftersom de är relevanta för omvårdnadsforskning. Det fanns mycket forskning kring området hjärtsvikt. Däremot konstaterades att forskning kring kvinnor med hjärtsvikt var begränsad. För att urskilja artiklar som stämde överens med studiens syfte begränsades sökningarna till följande specifika sökord; heart failure, women, quality of life, self-efficacy och patient satisfaction. Av dessa sökord genererade quality of life flest artiklar av relevans för studien. Olika kombinationer av sökorden användes för att begränsa antalet artiklar ytterligare. Mycket tid gick åt till att läsa igenom abstrakten och urskilja de artiklar som var av tillräckligt god kvalitet för att läsas i fulltext.

Det finns flera faktorer som påverkar livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt utöver de som tagits upp i denna litteraturstudie. Möjligheten finns att andra sökord hade mynnat ut i ett annat resultat.

För att få ett aktuellt vetenskapligt resultat och begränsa antalet artiklar valdes att endast inkludera studier som var peer-reviewed samt artiklar som var publicerade år 2010 och senare. Tidsbegränsningen kan innebära att betydelsefull kunskap kan ha gått förlorad. För att besvara syftet inkluderades artiklar både av kvantitativ och kvalitativ art. I enlighet med

Kristensson (2014) undersöktes livskvaliteten hos personer i de kvalitativa artiklarna med utgångspunkt från deras egna subjektiva upplevelser eller uppfattningar. De kvantitativa artiklarna behandlar mer mätbara variabler och deras påverkan på personers livskvalitet.

Artiklarna som inkluderades i studien var skrivna på engelska vilket innebär att feltolkningar kan förekomma. Utgångspunkten var artiklar som behandlade kvinnor med hjärtsvikt. För att reducera antalet artiklar och för att kvinnor över lag drabbas av hjärtsvikt senare än män valdes åldersbegränsningen 65 +. I och med denna begränsning fanns det risk för att viktig information om livssituationen hos yngre kvinnor med hjärtsvikt gick förlorad. För att förenkla sökprocessen valdes att helt exkludera artiklar utan abstrakt trots att dessa kunde ha genererat värdefull kunskap. Barn var ytterligare ett exklusionskriterie som ej var relevant för syftet. Under arbetets gång uppstod svårigheten i att endast inkludera kvinnor i artiklarna. För att kunna undersöka faktorer som påverkar kvinnors livssituation krävdes att den sattes i relation till något annat. Flera av artiklarna kom därför att behandla både kvinnor och män.

Alla artiklar som inkluderats i studien har granskats individuellt vilket minskar risken för att artiklar som ej motsvarar studiens syfte tagits med. Av de kvantitativa studier som ingår i resultatet framgår det tydligt att beprövade statistiska analysinstrument har använts. Detta ökar tillförlitligheten i studien. Under bearbetning av resultatet eftersträvades ett objektivt förhållningssätt vilket innebär att lägga egna värderingar åt sidan. Dock härstammade flertalet av de relevanta artiklarna från Sverige vilket skulle kunna härledas till vår egen nationalitet.

En hög ålder hos personer med hjärtsvikt är ofta förknippad med flera sjukdomstillstånd. Det är inte ovanligt att samsjuklighet ger upphov till diffusa symtom vilka i sin tur kan vara svåra att härleda till just hjärtsvikt. På grund av detta kan tillförlitligheten av studien påverkas negativt. Dessutom kan en hög ålder många gånger kopplas samman med en viss grad av kognitiv svikt vilket kan sänka tillförlitligheten ytterligare. Detta stärks av Pressler et al. (2010) som fann att personer med hjärtsvikt har sämre minne.

En annan nackdel med denna studie är att artiklar av medelhög vetenskaplig kvalitet har inkluderats vilket sänker kvaliteten på studien som helhet. I tabell 1 redogjordes för studiens sökord och avgränsningar. Utifrån sökinformationen i denna tabell kan en studie med samma resultat reproduceras. I enighet med Lincoln och Guba (1984) har en noggrann beskrivning av studiens sammanhang och dess deltagare gjorts för att få studien så överförbar som möjligt. Studiens generaliserbarhet är stark på grund av att artiklarna som ingår i resultatet utgår ifrån olika typer av vårdmiljöer.

## **Slutsats**

En hjärtsviktsdiagnos innebär stora förändringar på livssituationen och vardagen. Utifrån syftet att beskriva vilka faktorer som påverkar livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt har följande faktorer identifierats; livskvalitet, fysiska och psykiska symtom, ålder, kunskap, egenvård, copingstrategier och stöd från familj samt hälso- och sjukvård. Utifrån dessa faktorer konstaterades att alla står i relation till och påverkar varandra. Generellt har kvinnor med hjärtsvikt inte lika bra livskvalitet som män men livskvaliteten förbättras i takt med stigande ålder och förändrade förväntningar. Kvinnor upplever en högre grad av stress och drabbas i större utsträckning av depressioner och ångest i samband med hjärtsvikt. Kunskap om sjukdom och behandling kan minska stress och bidra till att hitta copingstrategier för att underlätta egenvårdsförmågan. Stöd från familj och hälso- och sjukvård är en viktig faktor för känslan av trygghet och meningsfullhet.

## Fortsatta studier

Utifrån bakgrund och resultat framgick det tydligt att det saknas kunskap inom området kvinnor med hjärtsvikt. Detta är något som både litteratur och författare till vetenskapliga artiklar vittnar om. Mer forskning behövs inom området med tonvikt på omvårdnadsvetenskap. En ökad kunskap och förståelse för hur det är att leva med hjärtsvikt kan bidra till en förbättrad livssituation hos kvinnorna. Det skulle även vara intressant att forska vidare på om kvinnor generellt har sämre livskvalitet än män oavsett hjärtsvikt eller ej.

## Klinisk tillämpbarhet

För att bättre kunna fånga upp och diagnostisera kvinnor med hjärtsvikt krävs att information om hjärtsviktssymtom anpassas till att bli könsspecifik. Hälso- och sjukvårdspersonal bör känna till att patientinformation är särskilt viktigt vid nyligen diagnostiserad hjärtsvikt. Detta kan minska oro och bidra till en känsla av kontroll över situationen. Det framkom att delaktig i den egna vården ökar livskvaliteten och egenvårdsförmågan hos kvinnor med hjärtsvikt. Studien visar att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal visar förståelse för kvinnors livssituation och att risken att drabbas av hjärtsvikt ofta är förknippad med hög stressnivå, ojämställdhet i hemmet och låg socioekonomisk status. Denna studie bidrar till att redogöra för det aktuella vetenskapliga kunskapsläget kring livssituationen för kvinnor med hjärtsvikt. Förhoppningen är att öka kunskapen och på så sätt skapa en mer individanpassad och jämställd vård.

## REFERENSER

Albert, N., Trochelman, K., Li, J., & Lin, S. (2010). Cardiovascular critical care. Signs and symptoms of heart failure: are you asking the right questions? *American Journal of Critical Care*, 19(5), 443-453 doi: 10.4037/ajcc2009314

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey - Bass Inc, Publishers.

Benderly, M., Haim, M., Boyko, V., & Goldbourt, U. (2013). Socioeconomic Status Indicators and Incidence of Heart Failure Among Men and Women With Coronary Heart Disease. *Journal of Cardiac Failure*, 19(2), 117-124. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2013.01.002>

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Bergman, E., Malm, D., Ljungquist, B., Berterö, C., & Karlsson, J. E. (2012). Meaningfulness is not the most important component for changes in sense of coherence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(3), 331-338. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.05.005.

Brattberg, G. (2008). Att hantera det ohanterbara: om coping. Stockholm: VÄRKSTADEN

Brännström, J., Hamberg, K., Molander, L., Lövheim, H., & Gustafson, Y. (2011). Gender disparities in the pharmacological treatment of cardiovascular disease and diabetes mellitus in the very old. *Drugs & Aging*, 28(12), 993-1005. doi: 10.2165/11594730-000000000-00000.

Buck, H. G., Lee, C. S., Moser, D. K., Albert, N. M., Lennie, T., Bentley, B., Worrall-Carter, L., & Riegel, B. (2012). Relationship between self-care and health-related quality of life in older adults with moderate to advanced heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 27(1), 8-15. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182106299.

Buggey, J., Mentz, J., DeVore, A. D., & Velazquez, E. J. (2015). Angiotensin receptor neprilysin inhibition in heart failure: mechanistic action and clinical impact. *Journal of Cardiac Failure*, 21(9), 741-750. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2015.07.008>

Burström, M., Brännström, M., Boman, K., & Strandberg, G. (2012). Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 816-825. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05782.x>

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review Of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352

Dahlström, U. (2010). Hjärtsvikt. I: Dahlström, U. Jonasson, L. Nyström, F. Red. *Kardiovaskulär medicin*. Stockholm: Liber.

Damian, J., de Pedro-Cuesta., Almazán, J., Comín-Comín, M., Quintanilla, M.A., & Lobo,

A. (2013). Depressive symptoms and associated factors in an older Spanish population positively screened for disability. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(7), 745-755. doi: 10.1002/gps.3886.

Doering, L. V., Dracup, K., Caldwell, M.A., Moser, D. K., Erickson, V. S., Fonarow, G., & Hamilton, M. (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 344-349. ISSN: 1071-9164

Dos Santos, M. A., Guedes Ede, S., Barbosa, R. L., & da Cruz Dde, A. (2012). Sleeping difficulties reported by patients with heart failure. (2012) *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(4), 644-650. doi: org/10.1590/S0104-11692012000400003

Eek, F., & Axmon, A. (2015). Gender inequality at home is associated with poorer health for women. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 43(2), 176-182. doi: 10.1177/1403494814562598

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D. G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber

Enç, N., Yigit, Z., & Altioç, M. G. (2010). Effects of education on self-care behaviour and quality of life in patients with chronic heart failure. *CONNECT: The WOLRD of Critical Care Nursing*, 7(2), 115-112. ISSN: 1748-6254

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

Fischer, M., Baessler, A., & Schunkert, H. (2002). Renin angiotensin system and gender differences in the cardiovascular system. *Cardiovascular Research*, 53(3), 672-677. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0008-6363\(01\)00479-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0008-6363(01)00479-5)

Franzén-Dahlin, Å., Rydell Karlsson, M., Mejhert, M., & Laska, A-C. (2010). Quality of life in chronic disease: a comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 19,(13-14), 1855-1860. doi: <http://dx.doi.org.sll.idm.oclc.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03219.x>

Grady, K. L., de Leon, C. F., Kozak, A.T., Cursio, J.F., Richardson, D., Avery, E., Calvin, J. E. Jr., & Powell, L. H. (2014). Does self-management counseling in patients with heart failure improve quality of life? Findings from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART). *Quality of Life Research*, 23(1), 31-38. doi: 10.1007/s11136-013-0432-7.

Greiten, L. E., Holditch, S. J., Arunachalam, S. P., & Miller, V. M. (2014). Should there be sex-specific criteria for the diagnosis and treatment of heart failure? *Journal of cardiovascular translational research*. 7(2), 139-155. doi: 10.1007/s12265-013-9514-8.

Griffin, M. T., Lee, Y. H., Salma, A., Seo, Y., Marin, p. A., Starling, R. C., & Fitzpatrick, J. J. (2007). Spirituality and well being among elders: differences between elders with heart failure and those without heart failure. *Clinical Interventions In Aging*. 2(4), 669-675. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S874>



Hamo, C. E., Heitner, J. F., Pfeffer, M. A., Kim, H. Y., Kenwood, C. T., Assmann, S. F.,... Lewis, E. F. (2015) Baseline distribution of participants with depression and impaired quality of life in the Treatment of Preserved Cardiac Function Heart Failure with an Aldosterone Antagonist Trial. *Circulation. Heart Fail*, 8(2), 268-277. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.114.001838.

Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Riegel, B., & Chung, M. L. (2008). Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1807-1815. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.008.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., & Brennan, P. L., (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late middle- aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14(2), 152–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.14.2.152>

Holst, M. (2008). *Self-care behaviour and daily life experiences in patients with chronic heart failure*. Doktorsavhandling, Malmö University, Faculty of Health and Society. Hämtad från <http://swepub.kb.se/bib/swepub:oai:dspace.mah.se:2043/6101>

Horstmann, V., Haak, M., Tomson, S., Iwarsson S., & Gräsbeck, A. (2012). Life Satisfaction in Older Women in Latvia and Sweden-Relations to Standard of Living, Aspects of Health and Coping Behaviour. *Journal of cross-cultural gerontology*, 27(4), 391-407. doi: 10.1007/s10823-012-9176-z

Howie-Esquivel, J., & Dracup, K. (2012). Communication with hospitalized heart failure patients. *European journal of vascular nursing*, 11(2), 216-222. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.03.006.

Hsich, E. M., & Piña, I. L. (2009). Heart Failure in Women: A Need for Prospective Data. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(6), 491-498. doi: <http://dx.doi.org.sll.idm.oclc.org/10.1016/j.jacc.2009.02.066>

Hwang, B., Moser, D.K. & Dracup, K. (2014). Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychology*. 33(7), 588-596. doi: 10.1037/a0033419.

Jackson, J. L., & Emery, C. F. (2011). Illness knowledge moderates the influence of coping style on quality of life among women with congestive heart failure. *Heart Lung: The journal of critical care*, 40(2), 122-129. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.12.005.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

Kristofferzon, M-L., Lindqvist., R. & Nilsson, A. (2011). Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 476–483. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00851.x

Lee, K. S., Song, E. K., Lennie, T.A., Frazier, S. K., Chung, M. L., Heo, S.,... Moser, D.K. (2010) Symptom clusters in men and women with heart failure and their impact on cardiac event-free survival. *Journal of Cardiovascular Nursing* 25(4), 263-272. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181cfbb88

Lund, I. (2014). Kön och genusskillnader. I Norrbrink, C. & Lundeberg (Red.), *Om smärta: ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., Forsberg, K. A., Jonsén, E., Gustafson, Y., Olofsson, K., Strandberg, G., & Lövheim, H. (2010). Sense of coherence (SOC) related to health and mortality among the very old: The Umeå 85+ study. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 51(3), 329-332. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.01.013>

Löfvenmark, c., Mattiasson, A.C., Billing, E., & Edner, M. (2009). Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(4):251-8. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.05.001.

Maas, A. H., van der Schouw, Y. T., Regitz-Zagrosek, V., Swahn, E., Appelman, Y. E., Pasterkamp, G.,...Stramba-Badiale, M. (2011). Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease. *European Heart Journal*, 32(11), 1362-1368. doi: 10.1093/eurheartj/ehr048.

Macabasco- O'Connell, A., DeWalt, D. A., Broucksou, K. A., Hawk, V., Baker, D.W., Schillinger, D.,...Pignone, M. (2011). Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *Journal of general internal medicine*, 26(9), 979-986. doi: 10.1007/s11606-011-1668-y.

Macabasco-O'Connell, A., Crawford, M. H., Stotts, N., Stewart, A., & Froelicher, E. S. (2010). Gender and racial differences in psychosocial factors of low-income patients with heart failure, *Heart & Lung: the journal of critical care*. 39(1), 2-11. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.05.001.

Moser, D. K., Heo, S., Lee, K. S., Hammash, M., Riegel, B., Lennie, T.A.,...Watkins, J. (2013). 'It could be worse ... lot's worse!' Why health-related quality of life is better in older compared with younger individuals with heart failure. *Age Ageing*, 42(5), 626-632. doi:10.1093/ageing/aft078

Mulligan, K., Mehta, P .A., Fteropoulli, T., Dubrey, S. W., McIntyre, H. F., McDonagh, T. A.,...Newman, S. (2012). Newly diagnosed heart failure: change in quality of life, mood, and illness beliefs in the first 6 months after diagnosis. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), 447-462. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02047.x.

Mårtensson, J. (2012). Vård av patient med hjärtsvikt. I B. Fridlund, D. Malm & J. Mårtensson. *Kardiologisk omvårdnad*. (ss.79-108). Lund: Studentlitteratur.

Mårtensson J., Karlsson J.E., & Fridlund, B. (1998) Female patients with congestive heart failure and their conception of life situation. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1216-1224.

Nahlén, C., & Saboonchi, F. (2010). Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(2), 118-125. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.11.006>

Nahlén Bose, C., Björling, G., Elfström, M. L., Persson, H., & Saboonchi, F. (2015). Assessment of Coping Strategies and Their Associations With Health Related Quality of Life in Patients With Chronic Heart Failure: the Brief COPE Restructured. *Cardiology Research*, 6(2), 239-248. doi: <http://dx.doi.org/10.14740/cr385w>

Naicker, K., Liddy, C., Singh, J., Taljaard, M., & Hogg, W. (2014). Quality of cardiovascular disease care in Ontario's primary care practices: a cross sectional study examining differences in guideline adherence by patient sex. *BMC Family Practice*, 15(123). doi: 10.1186/1471-2296-15-123

Nio, A. Q. X., Stöhr E. J., & Shave., R. (2015). The female human heart at rest and during exercise: a review. *European Journal of Sport Science*, 15(4), 286-295. doi: 10.1080/17461391.2014.936323

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. s. 3 uppl. Stockholm: Liber.

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.), St. Louis: Mosby.

Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2013). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Pokorny, M. E. (2014). Nursing Theorists of Historical Significance. I Alligood, M.R (Red.), *Nursing theorists and their work*. (ss. 42-58). (8<sup>th</sup> ed.), St. Louis: ELSEVIER

Pressler, S. J., Subramanian, U., Kareken, D., Perkins, S. M. Gradus-Pizlo, I., Sauvé, M. J.,...Shaw, R. M. (2010). Cognitive deficits in chronic heart failure. *Nursing Research*, 59(2), 127-139. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181d1a747.

Rahnavard, Z., Nodeh, Z. H., & Hatamipour, K. (2014). Congestive heart failure: Predictors of health-related quality of life in Iranian women. *Contemp Nurse*, 47(1-2), 159-167. doi: 10.5172/conu.2014.47.1-2.159.

Riegel, B., Dickson, V. V., Kuhn, L., Page, K., & Worrall-Carter, L. (2010). Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: a mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies* 47(7), 888-895. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.011>

Ross, A., Ohlsson, U., Blomberg, K., & Gustafsson, M. (2015). Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed-method study. *Journal of clinical nursing*, 24(11-12), 1594-1602. doi: 10.1111/jocn.12760.

Schenck-Gustafsson, K. (2013). *Kön, genus och läkemedel: Om genusmedicin*, I Stockholms Län Landsting. Hämtad 26 januari, 2016, från <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Las-mer2/Om-genusmedicin/>

Schenck- Gustafsson, K. (2011). *Kvinnohjärtan: hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.

Schenck- Gustafsson, K. (2008). *Det brustna kvinnohjärtat – om kvinnors hjärt- kärlsjukdomar*. Stockholm: Prisma.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen.

Shah, A. N., Mentz, R. J., Gheorghide, M., Kwasny, M. J., Fought, A. J., Zannad, F.,...Konstam, M. A. (2012). Gender Does Not Affect Postdischarge Outcomes in Patients Hospitalized for Worsening Heart Failure With Reduced Ejection Fraction (from the Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure Outcome Study With Tolvaptan [EVEREST] Trial). *The American Journal of Cardiology*, 110(12), 1803-1808. doi: 10.1016/j.amjcard.2012.08.016.

Shaw, L. J., Bairey Merz, C. N., Pepine, C. J., Reis, S. E., Bittner, V., Kelsey, S. F.,... Sopko, G. (2006). Insights From the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study: Part I: Gender Differences in Traditional and Novel Risk Factors, Symptom Evaluation, and Gender-Optimized Diagnostic Strategies. *Journal of the American College of Cardiology*, 47(3), 4-20. doi:10.1016/j.jacc.2005.01.072

Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Kaslow, N. (2014). 'It could be worse ... lot's worse!' Why health-related quality of life is better in older compared with younger individuals with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(6), 517-527. doi: 10.109/JCN.0000000000000097

Sundin, K., Bruce, E., & Barremo, A-S. (2010). Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 5 (2), 1-10. doi: 10.3402/qhw.v5i2.5064

The Criteria Committee of the New York Heart Association. (1973). *Diseases of the heart and blood vessels: nomenclature and criteria for diagnosis*. (7<sup>th</sup> ed.), Boston: Little Brown,

Wikström, G. (2014). Epidemiologi och prognos. I Wikström, G (Red.), *Hjärtsvikt*. (ss. 11-16). Lund: Studentlitteratur.

Wikström, J. (2012) *Akutsjukvård omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wittnich, C., Tan, L., Wallen, J., & Belanger, M. (2013). Sex differences in myocardial metabolism and cardiac function: an emerging concept. *Pflugers Archiv: European Journal of physiology*, 465(5), 719-729. doi: 10.1007/s00424-013-1232-1

Årestedt, K., Saveman, B-I., Johansson, P., & Blomqvist, K. (2013). Social support and its

association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(1), 69-77. doi: 10.1177/1474515111432997

## BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avvsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberings process och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

## BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Buck, H. G., Lee, CS., Moser, D. K., Albert, N. M., Lennie, T., Bentley, B., Worrall-Carter, L., & Riegel, B. (2012). Land: USA	Relationship between self-care and health-related quality of life in older adults with moderate to advanced heart failure.	Beskriva relationen mellan egenvård och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre (≥65 år) vuxna med måttlig till avancerad hjärtsvikt.	Frågeformulär relaterade till kategorierna egenvård och livskvalitet.	n=207 (0)	Patientens tro på den egna förmågan till egenvård är en avgörande faktor för livskvalitet.	R II
Burström, M., Brännström, M., Boman, K., & Strandberg, G. (2012) Land: Sweden	Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure.	Belysa kvinnors upplevelser av att leva med kronisk hjärtsvikt med fokus på känslor av trygghet och otrygghet.	Deltagarna fick skriftlig information om studien. Kvinnorna fick möjlighet att ställa frågor till en av författarna per telefon innan baslinjen. Semistrukturerade fokusgrupps-intervjuer med ett öppet klimat under 2006 vid två tillfällen under fem timmar. Kvinnorna ombads att berätta sina känslor och erfarenheter av att leva med hjärtsvikt. Intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys som sedan transkriberades, lästes flera gånger, delades upp i menande enheter, kodades och författarna har sedan sorterat in i grupper med liknade innehåll.	n=8 (0)	Fyra teman upptäcktes att beskriva känslor av trygghet och otrygghet. Kvinnors känslor av otrygghet inkluderar känsla av att själva vara skyldig till sjukdomen, oförmåga, rädsla för att leva med en bräcklig kropp och för att misslyckas, oro över framtiden och det växande behovet av andra, ensamhet, döden samt brist på förtroende för vårdpersonal.	P I
Enç, N., Yigit, Z., & Altioç, M. G. (2010) Land: Turkiet	Effects of education on self-care behaviour and quality of life in patients with chronic heart failure.	Bestämma effekterna av utbildning på egenvårdsbeteende och livskvalitet hos patienter med kronisk hjärtsvikt.	Experimentell design Intervju ansikte mot ansikte med varje patient samt grupputbildning tillsammans med anhöriga. Handbok och broschyr om kronisk hjärtsvikt tillhandahölls. Upprepade utvärderingar gjordes vid tre tillfällen: baslinjen, tre och åtta månader efter utbildningen medföljande skalor; multidimensional Health Locus of Control, Hälsotillstånd vid utvärdering av kvinnornas förmåga. Nottingham Health Profile Scale användes för att bedöma kvinnornas livskvalitet och utvärderingsformuläret användes vid utvärdering av egenvårds beteende.  I bortfallsgruppen avled sju personer.	n= 44 (7)	Utbildning med kardiolog och specialist sjuksköterska har lett förbättrat egenvårdsbeteende och avsevärt ökad livskvalitet hos patienter med kronisk hjärtsvikt.  Alla parametrar som ingick i utvärderingen var betydligt högre än referensdata förutom sömn och energi. Det fanns signifikanta skillnader mellan baslinjen och sista utvärderingen efter åtta månader, framförallt egenvårds beteende.	P II

### II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K). I = Hög, II = Medel, III = Låg, redogör för vetenskaplig kvalitet

Dos Santos, M. A., De Souza Guedes, E., Barbosa, R. L., & da Cruz Dde, A. (2012) Land: Brasilien	Sleeping difficulties reported by patients with heart failure.	Beskriva de faktorer som orsakar svårigheter att sova samt hur dessa påverkar kvaliteten på sömnen.	Tvärsnittsstudie med frågeformulär med 19 självadministrerade frågor och uppföljande intervju med forskaren.  Data erhöles genom Pittsburg Sleep Kvalitetsindex (PSQI), som identifierar sociala och kliniska egenskaper med syfte att bedöma sömnkvalitet.	n= 400 (0)	De vanligaste faktorerna som är förknippade med sömnsvårigheter var nocturi, avbruten sömn på natten och andningssvårigheter. Sömnsvårigheter hos patienter med hjärtsvikt är individuellt och det finns ett samband mellan sömnsvårigheter och sömnkvalitet.	P I
Howie-Esquivel, J., & Dracup, K. (2012). Land: USA	Communication with hospitalized heart failure patients.	Syftet med denna studie var att: 1) identifiera om sjukhus HF patienter vill kommunicera när det gäller hantering av sjukdom, prognos och återupplivnings önskemål, och 2) att identifiera förhållandet mellan kommunikation med kliniska variabler och livskvalitet [QOL].	Prospektiv kohort design. I studien har Kansas City Kardiomyopati Questionnaire (KCCQ) används, detta bestod av enkät med 23 mätningar på livskvalitet. Därefter har en semi-strukturerad intervju med tre frågor skett. Svaren granskades sedan av fem sjuksköterskor som arbetar inom kardiologi. Medicinsk data för kliniska egenskaper såsom samsjuklighet och vilken NYHA klass samt demografisk data erhöles från intervju.  Av deltagarna var det n=27 som låg på sjukhus. I bortfallsgruppen avled sex personer.	n= 47 (6)	Av dom tre ställda frågorna i studien; 1) om var intresserade av information om deras hjärtsvikt. 2) Om de ville få information om deras diagnos. 3) Om de kommer ihåg att ha haft en diskussion med läkare eller vårdteam om att upprätta en vårdplan eller deras önskemål vid återupplivning. Majoriteten av patienterna önskade mer information om hjärtsvikt (62 procent). Tjugo personer ville kommunicera om deras prognos. Tjugofyra, mer än hälften minns inte att de talat om återupplivning med sin läkare. Sexton personer ville ha mer information om självförvaltning/egenvård av sjukdomen tillsammans med kommunikation om deras prognos.	P I
Hwang, B., Moser, D., K., & Dracup, K. (2014) Land: USA	Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress.	Identifiera hinder för och faktorer som främjar egenvård bland patienter med hjärtsvikt som har högre eller lägre nivåer av kunskap.	Tvärsnittsanalys samt en randomiserad klinisk studie för att utvärdera effekterna av en fokuserad utbildning. Sociodemografisk information om patienter erhöles från självadministrerade strukturerade frågeformulär. Hjärtsvikts kunskap mättes med hjälp av 20 frågor. Deltagarna delades in i fyra olika grupper utifrån kunskap skala om hjärtsvikt och Europeiska hjärtsvikt egenvård beteende skala.	n= 612 (0)	Fann ett samband mellan betydelsen av psykologiska faktorer i egenvård hos patienter med hjärtsvikt. Patienter med hög kunskap och god egenvård hade generellt en lägre NYHA klass. Patienter med låg kunskap och dålig egenvård hade generellt fler sjukdomstillstånd samtidigt.	RCT I
Jackson, J. L., & Emery, C. F. (2011)	Illness knowledge moderates the influence	Utvärdera förhållandet mellan sjukdomskunskap och	En randomiserad interventionsstudie under 8-veckor. Under pågående studie fick kvinnor i studien	n= 35 (0)	Kvinnorna i studien hade generellt förhöjda symtom av depression och	P II

### III

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K). I = Hög, II = Medel, III = Låg, redogör för vetenskaplig kvalitet



Land: USA	of coping style on quality of life among women with congestive heart failure.	livskvalitet bland kvinnor med kronisk hjärtsvikt.	skriftliga frågeformulär att besvara i hemmet. Sjukdomskunskap utvärderades med hjälp av ett hjärtsvikt Quiz med 8 frågor, var utvecklat för denna studie. Fysisk livskvalitet utvärderades av Minnesota Living With Heart failure Questionnaire.		ångest samt minskad fysisk livskvalitet. Ilska i kombination med bättre sjukdomskunskap tycktes ha negativa konsekvenser för känslan av livskvalitet bland kvinnor med hjärtsvikt.	
Kristofferzon, M. L., Lindqvist R., & Nilsson, A. (2011) Land: Sverige	Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: a pilot study.	Bestämma skillnader mellan patienter med två grupper av patienter med kronisk ohälsa; kronisk njursjukdom [ESRD] och kronisk hjärtsvikt [CHF].	Data samlades in med hjälp av fyra standardiserade frågeformulär. Jalowiec klara skala (JCS-60) som består av två delar. SOC skala av kort version användes och behandlar meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet. Den totala self-efficacy skalan (GSE) som innehåller 10 frågor med fyra gradig skala. En kort form av livstillfredsställelse enkät (SF-LSQ) med 18 frågor där svaren uttrycks i en sjugradig skala.	n= 59 patienter med hjärtsvikt av totalt 100 patienter. (0)	Kvinnor använder mer undvikande fatalistisk och känslobaserad coping än män. Livskvalitet hos äldre patienter var högre än hos yngre. Livskvalitet påverkades positivt av en högre känsla av sammanhang och vid en högre skattad egenvårdsförmåga. Coping är ett viktigt verktyg för dem med kronisk sjukdom i hantering av vardagen.	CCT II
Macabasco-O'Connell, A., DeWalt, D. A., Broucksou, K. A., Hawk, V., Baker, D.W., Schillinger, D., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Holmes, G. M., Erman, B., Weinberger, M., & Pignone, M. (2011). Land: USA.	Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure	Att undersöka förhållandet mellan läskunnighet och hjärtsvikt relaterat till livskvalitet. Syftet innebar även att om skillnader läs- och skrivkunighet påverkar kunskap, egenvård eller egenvårdsbeteende.	Randomiserad kontrollerad studie. Utgångsintervjuer och frågeformulär användes i syfte att samla in data.  Bortfallsgruppen: 18 hade inte svarat på socioekonomiska frågor och två hade utelämnat svar på flera ställen.	605 (20)	Låg läskunnighet kunde härledas till sämre hjärtsviktrelaterade symtom, hälsorelaterad livskvalitet och lägre sjukdomskunskap, egenvård och egenvårdsbeteende.	RCT I
Moser, D. K., Heo, S., Lee, K. S., Hammash, M., Riegel, B., Lennie, T. A., Arslanian-Engoren, C., Mudd-Martin, G., Albert, N., & Watkins, J. (2013) Land: USA	'It could be worse ... lot's worse!' Why health-related quality of life is better in older compared with younger individuals with heart failure.	Fastställa orsaker till skillnader i hälsorelaterad livskvalitet hos äldre jämfört med yngre patienter med hjärtsvikt.	Kvalitativ data som samlats in genom halvstrukturerade intervjuer (kvalitativ deskriptiv metod) analyserades med användning av konventionell innehållsanalys. Kvantitativ data samlades in med tvärsnittundersökning. Deltagarna delades i fyra åldersgrupper.	n= 603 (0)	Livskvaliteten hos äldre patienter med hjärtsvikt var högre än hos yngre patienter. Detta tros bero på förändringar av förväntningar på livskvalitet i takt med en ökad ålder. Yngre patienter rapporterade högre nivåer av depression och ångest än äldre.	CCT I
Mulligan, K., Mehta, P .A., Fteropoulli, T., Dubrey, S. W., McIntyre, H. F., McDonagh, T. A., Sutton, G. C., Walker	Newly diagnosed heart failure: change in quality of life, mood, and illness beliefs in the first 6 months after diagnosis.	Undersöka hur patienternas humör och livskvalitet förändras under den tidiga högriskperiod efter en diagnos av hjärtsvikt och för att identifiera faktorer som kan	Frågeformulär över tid (fyra veckor efter diagnostiserad hjärtsvikt samt sex månader senare)  Bortfallsgruppen: 17 deltagare avled och resten avslutade inte frågeformulären.	n= 210 (44)	Livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt förbättrades signifikant över tid. Äldre patienter med hjärtsvikt rapporterade en förbättring av emotionell livskvalitet. Oron över behandling och symtom vid nylig	P I

#### IV

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K). I = Hög, II = Medel, III = Låg, redogör för vetenskaplig kvalitet

D. M., Cowie, M. R., & Newman, S. (2012) Land: England		påverka förändring.			diagnostiserad hjärtsvikt kunde minska med hjälp av information.	
Ross, A., Ohlsson, U., Blomberg, K., & Gustafsson, M. (2015). Land: Sverige	Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed-method study	Utvärdera om skriftliga frågor till patienter med tillståndet hjärtsvikt innan utbildningstillfället kan individualisera utbildningen och öka patienttillfredsställelse.	En blandad metod (kvasi-experimentell metod och en kvalitativ metod) har använts. Bortfallsgrupp i kontroll gruppen: 19 deltagare lämnade inte tillbaka frågeformulären. I interventionsgruppen svarade inte 36 personer på frågeformuläret.	Kontr. grupp n= 60 (19) Inv. grupp n=80 (36)	Om patienter med hjärtsvikt får möjlighet att skiva ner sina inlärningsbehov innan utbildningen ökar deras chanser till en individuell sådan.	CCT II
Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Kaslow, N. (2014) Land: USA	Family context influences psychological outcomes of depressive symptoms and emotional quality of life in patients with heart failure.	Undersöka sambandet mellan patientens uppfattningar om familjens funktion, autonomi stöd, och upplevd kritik, deras familjemedlems hjärtsviktskunskap och behandlingsresultat av depressiva symtom och livskvalitet.	Självrapporterande frågeformulär. Insamlad data användes sedan till att bygga modeller för att bedöma förhållandet mellan olika block utifrån syftet.	n= 117 (0)	Sambandet mellan den globala familjens funktion och patientens emotionella livskvalitet var signifikant.	P I
Sundin, K., Bruce, E., & Barremo, A-S. (2010) Land: Sweden	Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure	Beskriva och förstå innebörden av hur stöd upplevs av äldre kvinnor med kronisk hjärtsvikt.	Bandinspelade intervjustudie där hermeneutisk tolkningsmetod används.	n= 5 (0)	Betydelsen av stöd upplevs av kvinnor utifrån två perspektiv; när stöd är närvarande och när det saknas stöd.	P II
Årestedt, K., Saveman, B-I., Johansson, P., & Blomqvist, K. (2013). Land: Svergie	Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. European	Undersöka om socialt stöd hos äldre patienter med kronisk hjärtsvikt påverkas av faktorer som till kön, ålder, samlevnad, upplevd ekonomisk situation, sjukdomens svårighetsgrad och livskvalitet.	Tvärsnittsdesign med självskattade frågeformulär.	n= 349 (0)	Avsaknad av socialt stöd förknippades med en hög svårighetsgrad av hjärtsvikt	P II

## V

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K). I = Hög, II = Medel, III = Låg, redogör för vetenskaplig kvalitet