



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

LIVSKVALITET OCH KUNSKAPSBEHOV HOS PATIENTER MED FÖRMAKSFLIMMER

EN LITTERATURSTUDIE

SOFIA BENGTSSON
THERESE JOHANSSON

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2009

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

LIVSKVALITET OCH KUNSKAPSBEHOV HOS PATIENTER MED FÖRMAKSFLIMMER

EN LITTERATURSTUDIE

SOFIA BENGTSSON
THERESE JOHANSSON

Bengtsson, S & Johansson, T. Livskvalitet och kunskapsbehov hos patienter med förmaksflimmer. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad 2009.

Patienter med förmaksflimmer finns inom alla områden i hälso- och sjukvården och allmänsjuksköterskan kommer troligen att träffa på dessa i sitt yrke. *Syftet* med litteraturstudien var att studera vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos patienter med förmaksflimmer samt vilket kunskapsbehov de har angående sin sjukdom. *Metoden* är en litteraturstudie enligt Goodmans (1993) sju steg. *Resultatet* baseras på elva vetenskapliga artiklar. Carnevalis omvårdnadsmodell rörande dagligt liv – funktionellt hälsotillstånd används som teoretisk referensram. Resultatet visade att optimism, hög fysisk aktivitet samt lättare och mindre frekvent förekommande symtom gav bättre livskvalitet. Ångest, depression och somatisering gav sämre livskvalitet. Bristande kunskap sågs gällande sjukdom, symtom, behandling och risker. Information sågs öka kunskapen hos dessa patienter. Resultatet indikerar vikten av förståelse för dessa patienters livssituation samt betydelsen av allmänsjuksköterskans undervisande roll.

Nyckelord: Carnevali, förmaksflimmer, kunskap, litteraturstudie, livskvalitet, omvårdnad, patientundervisning.

QUALITY OF LIFE AND NEED OF KNOWLEDGE IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

A LITERATURE REVIEW

SOFIA BENGTSSON
THERESE JOHANSSON

Bengtsson, S & Johansson, T. Quality of life and need of knowledge in patients with atrial fibrillation. A literature review. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

Patients with atrial fibrillation exist within all areas of the health care system and general practice nurses are likely there for likely meet these patients in their daily work. *The purpose* of this literature review was to study which factors affect the quality of life in patients with atrial fibrillation and what need of knowledge these patients have. *The method* is a literature review in accordance with Goodman's (1993) seven steps. *The result* is based on eleven scientific articles. Carnevali's model of diagnostic nursing for daily living-functional health status is used as theoretical frame of reference. Results showed that optimism, high levels of physical activity and gentler and less frequent symptoms gave a higher quality of life. Anxiety, depression and somatization resulted in a lower quality of life. Results also indicated a lack of knowledge concerning disease, symptoms, treatment and risks. Information increased these patients' knowledge. The result indicates the meaning of understanding these patients' daily life circumstances alongside the importance of general practice nurses' educational role.

Keywords: Atrial fibrillation, Carnevali, knowledge, literature review, nursing, patient education, quality of life.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGGRUND	5
Fysiologi – retledningssystemet	5
Patofysiologi	6
Etiologi	6
Definition av förmaksflimmer	6
Symtom	7
Diagnostik	7
Behandling	7
Riktlinjer för trombosprofylax vid förmaksflimmer	8
Livskvalitet	8
Mätinstrument för livskvalitet	9
The Medical Outcomes Study Short Form	
Health Survey (SF-36)	9
Arrhythmia Symptom Checklist: Frequency and	
Severity (SCL)	9
Patientupplevelser av förmaksflimmer	10
Specifik omvårdnad	11
Riktlinjer avseende sjuksköterskans arbete	12
Patientundervisning	12
Undervisning till patienter med förmaksflimmer	13
TEORETISK REFERENSRAM	14
Dagligt liv ↔ Funktionellt hälsotillstånd	14
Krav i dagligt liv	14
Funktionell förmåga	14
Yttre resurser	15
Funktionellt hälsotillstånd ur sjuksköterskans perspektiv	15
Normal biologisk åldersrelaterad utveckling	15
Normal psykosocial utveckling	15
Patologiskt tillstånd	15
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	16
METOD	16
Steg 1: Precisera problemet för utvärderingen	16
Steg 2: Precisera studiens inklusions- och exklusionskriterier	16
Steg 3: Formulera en plan för litteratursökningen	16
Steg 4: Genomför litteratursökningen	16
Steg 5: Tolka bevisen från de individuealla studierna	18
Steg 6: Sammanställ bevisen	18
Steg 7: Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet	19

RESULTAT	19
Faktorer som påverkar livskvalitet	19
Psykologiska faktorer	20
Fysiska symtom	21
Fysisk funktion	21
Tidsfaktorn	22
Kunskap	23
Beslutsförmåga	23
Symtommedvetenhet	24
Medicineringskunskap	24
Riskmedvetenhet	24
Bifynd	25
Sammanfattande resultat	26
DISKUSSION	27
Metoddiskussion	27
Resultatdiskussion	29
Faktorer som påverkar livskvalitet	30
Kunskap	31
Intressanta bifynd	32
Förslag till fortsatt forskning	34
SLUTSATS	34
REFERENSER	35
BILAGOR	39

INLEDNING

...I didn't know what was happening to me. There is a feeling of hopelessness all of a sudden that my heart was racing and I didn't know why...
Deaton et al (2003, s 294)

Så beskriver en man sin första upplevelse av förmaksflimmer, och han är långt ifrån ensam i sitt slag. Förmaksflimmer är den vanligaste arytmisjukdomen och drabbar årligen 35 000 män och kvinnor i Sverige. Den omfattande patientgruppen på totalt 90 000 individer (Person & Stagmo, 2008) är med andra ord vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården. Då många av dessa personer, som i stor utsträckning är äldre och kan ha flera andra sjukdomar i sin bakgrund kommer allmänsjuksköterskan med största sannolikhet att träffa på någon av alla dessa under sina yrkesverksamma år.

Litteraturstudien belyser vilka faktorer som påverkar samt hur de påverkar livskvaliteten hos patienter med förmaksflimmer samt vilket kunskapsbehov de har angående sin sjukdom. Fokus har valts då ingen tidigare litteraturstudie på c-nivå berört denna patientgrupp. För att allmänsjuksköterskan ska ha möjlighet att kunna bemöta dem på ett bra sätt behövs kunskap om hur patienternas liv påverkas av förmaksflimmer samt underlag för adekvat undervisning. Det är av denna anledning viktigt att illustrera hur patienter upplever livskvalitet relaterat till dagligt liv och sin sjukdom samt vilket informations- och undervisningsbehov patienter med förmaksflimmer har.

BAKGRUND

Nedan beskrivs förmaksflimmer avseende fysiologi, sjukdomsförlopp och behandling. Livskvalitet och omvårdnad med patientperspektiv och undervisning behandlas under enskilda rubriker.

Fysiologi - Retledningssystemet

Retledningssystemet utgörs av muskel- och nervceller som spontant utlöser aktionspotentialer, vilket initierar hjärtats kontraktion. Retledningssystemet består av sinusknutan, atrioventrikulärknutan (AV-knuta) samt his bunt med skänklar som förgrenar sig ut i form av purkinjefibrer i myocardiet. Retledningssystemets två huvuduppgifter är dels att snabbt sprida aktionspotentialen genom kamrarna, dels att säkerställa en fördröjning av impulsen mellan förmak och kammare (Bjälje et al, 1998).

Aktionspotentialer kan utlösas av alla komponenter i retledningssystemet. Dock är det sinusknutan som snabbast når sitt tröskelvärde och därmed depolariseras först (a a). Detta medför att sinusknutan har den hierarkiskt högst spontana impulsfrekvensen

i retledningssystemet och därmed anger hjärtats rytm (Simonsen et al, 2004). Den utlöser spontant en aktionspotential som leds till AV-knutan där impulsen fördröjs. Förmaken depolariseras och töms på blod. Impulsen sprids vidare i retledningssystemet och kamrarna kontraheras medan förmaken repolariseras. Kamrarna repolariseras innan nästa aktionspotential utlöses av sinusknutan (Bjålie et al, 1998).

Myocardiets tvärstrimmiga celler bildar tillsammans ett nätverk genom vilket aktionspotentialen leds. Kamrarna kontraherar i det närmsta samtidigt och en ny kontraktion kan inte påbörjas innan den första är avslutad (a a).

Patofysiologi

Förmaksflimmer är en av flera olika takyarytmiformer och innebär att en störning uppkommer i hjärtats normala impulsbildning (Asplund et al, 2002). Tillståndet klassificeras som en supraventrikulär takyarytmi vilket betyder att den patologiska orsaken ligger superiort om skänklarna. Förmaken kontraheras med en snabb och oregelbunden frekvens mellan 350 och 600 slag/minut. Impulsöverledningen till kamrarna blockeras slumpvis i AV-knutan vilket även ger en oregelbunden kammarrytm på upp till 180-200 slag/minut (a.a).

De hemodynamiska konsekvenserna av förmaksflimret blir, till följd av den varierande längden på diastolisk fyllnadsfas, en skiftande slagvolym. Detta kan kliniskt observeras som pulsdeficit, d v s svårigheter att palpera pulsvågorna. Den snabba kammarrytmen ger initialt en låg slagvolym och därmed låg minutvolym vilket kan förorsaka cirkulationssvikt. Följden blir att den fysiska prestationsförmågan oftast minskar (Persson & Stagmo, 2008).

Etiologi

För nio av tio patienter som drabbas av förmaksflimmer kan den elektriska etiologin härledas till området kring lungvensinmynningarna i vänster förmak. Två sorters grundmekanismer anses ligga bakom flimret, men det kan vara svårt att särskilja dem. Den ena karaktäriseras av sympatikusövervikt i den autonoma hjärtfrekvensregleringen, sympatikotoni vilket leder till en snabbare grundrytm. Den andra mekanismen är av en mer vagoton typ och ger en långsammare grundfrekvens (Persson & Stagmo, 2008). Vid hjärtsjukdomar kan impulsbildningens hierarkiska ordning störas (Simonsen et al, 2004). Detta kan ske vid klaffel, kardiomyopati eller hjärtsvikt som ger en ökad tryck- och volymbelastning på förmaken. I 30 % av alla fall är förmaksflimret essentiellt, s k lone atrial fibrillation utan annan känd hjärtsjukdom (Persson & Stagmo, 2008). Andra orsaker till förmaksflimmer kan vara hypertoni, kranskärlssjukdom, hyperthyreos, perikardsjukdom, feber, elektrolytrubbning och alkoholism (Ericson & Ericson, 2008).

Definition av förmaksflimmer

Förmaksflimmer kan definieras utifrån tre olika kategorier; paroxysmalt-, persistent- och kroniskt förmaksflimmer (ACC/AHA/ESC, 2006). Paroxysmalt förmaksflimmer avser en arytm som har en duration från enstaka minuter till flera timmar samt att hjärtat spontant slår om till sinusrytm. Persistent förmaksflimmer definieras som ett förmaksflimmer med duration över sju dagar och som ej är självdeterminerad. Denna form av förmaksflimmer kräver aktiv åtgärd i form av antikoagulantia och el-

konvertering. Kroniskt förmaksflimmer definieras som att hjärtat aldrig återfår sin normala rytm trots upprepade försök att återställa sinusrytm. Förmaksflimmer som varar längre än en månad betraktas som kroniskt (ACC/AHA/ESC, 2006).

Symtom

Symtombilden vid supraventrikulära takykardier beror på hur påverkad kamrarnas förmåga att upprätthålla en tillfredställande cirkulation är (Ericson & Ericson, 2008). Förmaksflimmer ger ofta förhöjd och oregelbunden vilopuls samt en alltför hastig pulsökning vid ansträngning. Palpitationer, andfåddhet samt nedsatt prestationsförmåga är andra vanligen förekommande symtom (Blomström-Lundqvist & Bergfeldt i Apoteket, 2005).

Diagnostik

Förmaksflimmer diagnostiseras genom att använda olika former av EKG-registrering för att identifiera hjärtrytmen. Diagnosen ställs vanligast genom vilo-EKG där rytmrubbningen identifieras genom att P-vågen, som står för förmakskontraktion, saknas eller är svåridentifierad. QRS-komplexen som representerar kammarkontraktion är identiska men rytmen varierar från mycket snabbt till normalt och tiden mellan varje komplex är oregelbunden (Persson & Stagmo, 2008)

Undersökning med bandspelare-EKG även kallad Holter-monitorering används speciellt vid paroxysmalt förmaksflimmer då den utlösande faktorn kan identifieras. Elektroder fästs på thorax som är sammankopplade med en bandspelare vilken registrerar hjärtrytmen under en till sju dagar i sträck (a a).

UKG innefattar en undersökning av hjärtat med hjälp av ultraljud. Denna metod möjliggör en noninvasiv helhetsundersökning av hjärtats aktivitet avseende morfologi, funktion samt klafffunktion så som det ter sig vid undersökningstillfället. Undersökningen används för att påvisa bakomliggande orsaker till uppkomsten av förmaksflimret (a a).

Behandling

I de fall det rör sig om essentiellt förmaksflimmer fokuseras terapin på att antingen återföra flimret till sinusrytm och ge profylax för recidiv, eller på att regularisera kammarfrekvensen. För detta finns en rad olika alternativ beroende på sjukdomsbilden (Persson & Stagmo, 2008).

För att reglera kammarfrekvensen vid förmaksflimmer kan antiarytmiska farmaka såsom betareceptorblockerare (Seloken ®) eller digitalis (Digoxin®) användas. Valet beror på sjukdomsbilden och ev annan sjukdom såsom samtidig hjärtsvikt (Blomström-Lundqvist & Bergfeldt i Apoteket, 2005). Betareceptorblockerare förlänger impulsledningshastigheten. Digitalis hämmar överledningen i AV-knutan och sänker därmed kammarfrekvensen (Simonsen et al, 2004).

För återställande av sinusrytm vid förmaksflimmer finns olika farmakologiska alternativ såsom Ibutilid t ex Corvert® (Persson & Stagmo, 2008). El-konvertering av förmaksflimmer innebär att en kortvarig strömstöt passerar genom hjärtat via två elektroder. Arytmin bryts genom en samtidig depolarisation av hela retlednings-

systemet vilket återger sinusknutan en chans att initiera impulsbildning (Olsson i Asplund et al, 2002). Elkonverteringen sker under anestesi (Socialstyrelsen, 1997). Behandling med antikoagulantia påbörjas innan för att motverka trombbildning i förmaken och eliminera de som redan bildats (Persson & Stagmo, 2008).

Med kateterburen ablation kan elektriska banor i och runt lungvensinmyningarna i vänster förmak isoleras. De områden som anses vara centrala för det elektriska ursprunget till förmaksflimmer skärs av med kateterburen teknik till skillnad från maze-metoden som är en öppen kirurgityp men som bygger på samma isoleringsprincip. Kateterteknik kan även användas för att utföra en His-ablation som upphäver impulsöverledningen mellan förmak och kammare (AV-block) (a a).

Riktlinjer för trombosprofylax vid förmaksflimmer

Stillastående blodflöde innebär en överhängande risk för trombbildning i förmaken. Risken är störst för trombbildning i vänster förmak och följer av detta kan bli arteriella embolier och stroke när den mekaniska förmaksaktiviteten efter regularisering normaliserats. Av denna anledning behandlas flertalet patienter med förmaksflimmer med warfarin (Waran®) (Persson & Stagmo, 2008).

Socialstyrelsen (2008) beskriver behandling med warfarin som en viktig del i förebyggandet av riskfaktorer så som stroke till följd av förmaksflimmer. Viktigt är att systematiskt utvärdera och följa upp effekten av behandlingen. Vid förmaksflimmer med minst en riskfaktor såsom ålder över 70 år, tidigare stroke, hjärtsvikt, hypertoni eller diabetes rekommenderas att patienten insätts på warfarin, efter noggrann koagulationsutredning, istället för ASA-preparat med sämre verkningsgrad. Socialstyrelsen rekommenderar warfarinbehandlade patienter till självkontroll av PK-INR-värde, som anger blodets koagulationsförmåga, med självdosering av warfarin då studier påvisat en minskad trombosrisk, minskad mortalitet samt minskad risk för allvarlig blödningskomplikation. Doseringen sker efter fastställda scheman utifrån PK-INR-värdet. Vid återkommande symtomatiskt förmaksflimmer, där läkemedelsbehandling varit otillräcklig rekommenderas att kateterablation utförs (a a).

Livskvalitet

Brülde (2003) menar att det är viktigt att reflektera över livskvalitet då frågan har en normativ relevans i dagens samhälle. Uppfattningar om livskvalitet påverkar handlingar i olika utsträckning och utgör grunden för önskningar, normer och värderingar. Att främja och förhöja livskvalitet är centralt inom de flesta områden av hälso- och sjukvården. Beroende på hur organisatoriska och individuella uppfattningar om livskvalitet ter sig får detta praktiska konsekvenser för utförandet av omvårdnad (a a).

Begreppet livskvalitet beskrivs på en rad olika sätt, dock menar Brülde (a a) att begreppet är dimensionellt och därmed något som kan variera inom ett individuellt spann. På g a att livskvalitet är en företeelse som förändras över tid bör den inte definieras utifrån fasta kriterier. Fokus i frågan om livskvalitet behandlar vad som gör livet bra för den som lever det, d v s vilka tillstånd och händelser som inverkar positivt på individens livssituation. Dessa tillstånd och händelser måste synliggöras för att skapa förståelse för hur förhållandet mellan livskvalitetens olika dimensioner ter sig i nuet hos individen och vad som påverkar detta positivt eller negativt (a a).

En individs livskvalitet står i korrelation till hur bra eller dåligt hon/han mår (Brülde, 2008).

”Då kommer varje ökning av hennes välbefinnande att innebära att hennes livskvalitet förbättras och varje minskning av hennes välbefinnande att innebära att hennes livskvalitet försämras” (Brülde, 2003, s 16).

Livskvalitetsfrågans subjektiva och föränderliga natur innebär att vad som uppfattas som styrkor och svagheter hos en individ värderas annorlunda av andra individer (SOU, 1995:5). Dessutom kommer sannolikt en individs värderingar kring ett och samma fenomen att förändras under livetiden. Sjukvårdspersonal tenderar till att bedöma en patients hela livskvalitet som sämre än individen själv, baserat på fördomen om att sjukdom automatiskt innebär en funktionsnedsättning. Det bör varken vara graden av funktionsnedsättning eller livssituationen i sig som fastställer livskvalitet, den grundas på den enskilda individens uppfattning utifrån varje specifik situation (a a).

Begreppet hälsorelaterad livskvalitet användas ofta inom sjukvården och innebär avsaknad av fysiska och psykiska besvär samt att patienten har optimal fysisk, psykisk och social förmåga i vardagen. Den inverkan som sjukdom och behandling har på dagligt liv är ett mått på den hälsorelaterade livskvaliteten hos varje enskild patient. De fysiska, psykiska och sociala nivåerna bildar tillsammans en helhet och benämns som den totala livskvaliteten. I många sammanhang som inte berör palliativ vård, utelämnas den andliga dimensionen vid mätning av livskvalitet. Hälsorelaterad livskvalitet måste bedömas utifrån ovan nämnda komponenter genom specifika frågor relaterade till varje enskild enhet varpå generella frågeställningar är mindre lämpliga (Petersson et al i Beck- Friis & Strang, 2005).

Mätinstrument för livskvalitet

Nedan presenteras en kort genomgång av de två mest frekvent förekommande mätinstrumenten för livskvalitet där ett är generiskt och ett är sjukdomsspecifikt.

The Medical Outcomes Study Short Form Health Survey (SF-36). Det mest frekvent använda mätinstrumentet för livskvalitet är SF-36 (Bilaga 1). Formuläret innefattar 36 punkter som bedömer åtta hälsobegrepp generell hälsouppfattning, fysisk funktion, social funktion, rollbegränsning p g a fysiska orsaker, kroppslig smärta, mental hälsa och rollbegränsning p g a emotionella orsaker samt vitalitet. Poängen genererar två komponenter, en för fysisk hälsa (PCS) och en för mental hälsa (MCS). Högre poäng tyder på högre skattad livskvalitet. SF-36 är ett väl-etablerat och vida validerat generiskt mätinstrument för livskvalitet som använts på stor mängd olika kardiovaskulära patienter. SF-36 används i de flesta studier som undersöker livskvalitet hos patienter med förmaksflimmer och som då oftast visar störst variation inom den fysiska komponenten (Reynolds et al, 2008).

Arrhythmia Symptom Checklist: Frequency and Severity (SCL).

Mätinstrumentet är specifikt för förmaksflimmer och innefattar skattning av frekvens och allvarsgard av 16 förmaksflimmerspecifika symtom där patienten skattar frekvens (0-4 p) och allvarsgrad (0-3 p) på en poängskala. Höga poäng motsvarar mer

frekventa och allvarigare symtom. SCL rekommenderas att användas i kombination med ett generiskt mätinstrument, så som SF-36 (Reynolds et al, 2008).

Patientupplevelser av förmaksflimmer

I den populärvetenskapliga artikeln Patient perspectives: Living with atrial fibrillation (2008) beskriver Mellanie True Hills sina upplevelser av att leva med förmaksflimmer. Hon berättar om den ständigt närvarande rädslan för recidiv som ett betydelsefullt hinder i vardagen samt rädslan för stroke och död som ständigt närvarande i tanken. Sjukdomen kan leda till ett undvikande beteende och t ex resor måste planeras efter närhet till sjukhus (a a).

”You can’t imagine, unless you’ve lived through it, the toll that atrial fibrillation takes” (True Hills, 2008-10-10)

Andra aspekter av förmaksflimmer är att det inte endast påverkar patienten utan även familjesituationen i form av oro för den sjuke samt uppoffringar för dennes behov. Ekonomin påverkas då sjukskrivning förekommer periodvis relaterat till recidiv. Mycket tid och planering tillkommer då patienter som behandlas med antikoagulantia går på ständiga PK-INR-kontroller och beroende på resultat oroar sig för blödnings- eller trombosrisk. Vidare beskrivs hur vardaglig hantering av vassa köksredskap, rakblad eller trädgårdsarbete kan vara en potentiell risk för skärskador och okontrollerbar blödning (True Hills, 2008-10-10).

Deaton et al (2003) intervjuade tre kvinnor och åtta män avseende deras upplevelser av att leva med svårbehandlat förmaksflimmer. Patienter beskrev upplevelser av upprepade tillfällen med ingen eller felställd diagnos och dåligt bemötande från sjukvårdspersonal. Två av de kvinnliga deltagarna blev informerade av sin läkare att de upplevda symtomen kunde bero på menopaus, stress eller att de användes som en ursäkt för att slippa arbeta. Då diagnos väl erhållits fick patienterna ingen garanti om behandling (a a).

”You just have to learn to live with it. Don’t worry about it.” (Deaton et al, 2003, s 294)

En kvinnlig informant berättade för sin läkare att hon under förmaksflimmerepisoder oroade sig för stroke p g a hereditet inom familjen (Deaton et al, 2003).

”I would tell my doctor that I would have these spells – that it would go on for hours and he’d say, Oh, it’s nothing to worry about.” (Deaton et al, 2003, s 294)

Informanterna beskrev hur symtom, aktiviteter och normala förhållanden påverkades och förändrades av förmaksflimret. De beskrev sina upplevelser av påfrestande symtom såsom yrsel, palpitationer, utmattning samt andnöd. En man beskrev sin rädsla vid den första förmaksflimmerepisoden som en känsla av hopplöshet när hjärtat rusade och han inte visste varför. Före insjuknandet beskrev personerna sig själva som aktiva, hälsosamma och engagerade i familj, arbete och fritid. Efter insjuknandet tvingades flertalet informanter till att förändra olika aktiviteter, byta

arbete och förtidspensionera sig då energin inte räckte och symtomen blev alltmer besvärande (Deaton et al, 2003).

"...I couldn't do anything. I didn't leave the house. I couldn't take care of myself. It was a struggle. I sat in a rocking chair and gasped for breath 16 hours a day. /.../ All I could do is cry." (Deaton et al, 2003, s 295)

Som kontrast till uppgivelsen beskrev flera informanter en stark beslutsamhet till att behålla aktivitetsnivån och inte ge efter för sjukdomen (Deaton et al, 2003).

"I'd go out on the tennis court but couldn't do it for very long... /.../ I would just keep going" (Deaton et al, 2003, s 295)

Ett sista tema berörde upplevelser av att uthärda påfrestande behandlingar som inte alltid hade önskad effekt. De antiarytmiska medicinerna gav oönskade bieffekter, flertalet ablationer misslyckades och el-konverteringar kunde bli så frekventa som en gång per månad. Processen med dosjusteringar och medicinbyte erfordrade tålamod och uthållighet hos patienterna i hopp om en slutlig botande behandling (Deaton et al, 2003).

Specifik omvårdnad

Omhändertagandet av patienter med förmaksflimmer bör enligt Institute for Clinical systems Improvement (ICSI) Health Care Guidelines (2008) ske enligt SALT-E-modellen innehållande fem specifika behandlings- och omvårdnadsåtgärder vid förmaksflimmer. Modellen innefattar följande, stabilisera (stabilize), bedöma (assess), klassificera (label), behandla (treat) och utbilda (educate) patienten. Sjuksköterskans roll innefattar att bedöma omvårdnadsbehovet, övervaka vitala parametrar samt att undervisa och informera patienten om sjukdomen och dess konsekvenser (a a).

Omvårdnad vid arytmier innefattar symtomvärdering där sjuksköterskan måste inneha kunskap om symtomen för att kunna identifiera samt undervisa patienten om dessa, vad de beror på och vad de kan leda till. Takykardi, palpitationer, matthet och andfåddhet är symtom på förmaksflimmer som sjuksköterskan ska kunna identifiera. (Ericson & Ericson, 2008). Orgelbunden takykardi övervakas och registreras genom EKG och detta är omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan utför (Haugland et al i Almås, 2001).

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan undervisa patienten om undersökningar samt behandlingar för att uppnå delaktighet och följsamhet i vården. Sjuksköterskan ska försäkra sig om att patienten tagit till sig och förstått informationen (a a). Vid förmaksflimmer innebär detta att sjuksköterskan ska kunna ge patienten undervisning om t ex biverkningar relaterade till antiarytmika, där en viktig omvårdnadsåtgärd är att berätta hur de kan observeras samt vad de beror på (Ericson & Ericson, 2008).

Vid antikoagulationsbehandling med warfarin ska sjuksköterskan ge samma typ av information som för övriga farmaka. Särskild kunskap behöver sjuksköterskan besitta

om vilka krav på nutrition som finns för att läkemedlet skall verka optimalt, den kraftigt förökade blödningsrisken och vikten av följsamhet för att erhålla terapeutiskt PK-INR-värde. Dessa bör särskilt poängteras i patientutbildningen (a a).

Riktlinjer avseende sjuksköterskans arbete

Kompetensbeskrivningen innefattar socialstyrelsens rekommendationer om den legitimerade sjuksköterskans yrkeskunnande, kompetens och förhållningssätt till sin profession (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskans tre huvudkompetensområden innefattar omvårdnad, forskning, samt ledarskap. Sjuksköterskans arbete ska alltid präglas av ett etiskt förhållningssätt samt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet vilket medför att sjuksköterskan självständigt måste söka och använda evidensbaserad kunskap. Mer specifikt ska sjuksköterskan uppmärksamma patienters upplevelser av sjukdomen samt inneha relevanta kunskaper om hur lidande minimeras. Sjuksköterskan ska följa upp patienters tillstånd efter behandling samt identifiera patientens egna resurser (a a).

Sjuksköterskan medverkar till att patienten får den information som erfordras för att patienten ska kunna delta och aktivt ge samtycke till behandling (International Council of Nurses, 2006). Även Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) poängterar att vården skall genomsyras av respekt för patientens autonomi, integritet och att patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd samt tillgängliga metoder för undersökning, vård och behandling (a a). Sjuksköterskan ska i sin professionalitet kunna se helheten, arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (Lag om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område, 1998:531) och samtidigt arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt genom att visa öppenhet och respekt för människors olika tro, värderingar samt kulturella bakgrund (Socialstyrelsen, 2005). Varje sjuksköterska har ett eget moraliskt ansvar avseende omvårdnad, beslut och bedömningar inom sin profession. Grunden till god omvårdnad vilar på respekt, värdighet, mänskliga rättigheter samt rätten till liv oberoende av ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, ras eller socialt status (International Council of Nurses, 2006).

Patientundervisning

Att skapa förståelse hos patienten för sin sjukdom är ett av syftena med sjuksköterskans undervisningsplan. Förståelse har sin grund i kunskapsinhämtning och främjar kommunikation av behov till sjukvårdspersonal, familj och vänner. Kunskap är självstärkande och alltså både mål och medel (Shea & Sears, 2008).

Patientens lärande i ett möte med sjuksköterskan främjas av att diskutera såväl de fackmässiga kunskaperna kring sjukdomen som patientens erfarenheter av den (Hansson Scherman i Klang Söderkvist et al, 2008). Att vägledas av patienternas individuella upplevelser och erfarenheter skapar en värdefull grund för framtida utbildande möten med patienter och en förståelse för motiven bakom ett visst handlande. Kan mönster av förståelse utforskas och beskrivas skapas förutsättningar

för en lärandesituation där patienten och sjuksköterskan kan påverkas till djupare förståelse och förändring (Hansson Scherman i Klang Söderkvist et al, 2008).

I en samtalssituation som är forumet för en lärandesituation på t ex sjukvårdsavdelningen bör sjuksköterskans fokus inte enbart ligga på vad som förmedlas, utan även på hur budskapet förmedlas (Josephson i Klang Söderkvist et al, 2008). Faktorer som parternas känslomässiga uppfattningar om samtalsämnet och varandra, deras kroppsspråk och hur väl de kan lyssna påverkar vad som uppfattas i samtalet och formar därmed grunden för förståelse och är en förutsättning för ömsesidigt utbyte av råd och erfarenheter (a a).

Undervisning till patienter med förmaksflimmer

En förutsättning för att bedriva patientundervisning är att sjuksköterskan innehar djupgående kunskaper om sjukdomen och dess specifika egenskaper. En viktig del i undervisningen för patienter med förmaksflimmer är instruktion om självkontroll av pulsfrekvens för att upptäcka recidiv, samt att lära sig känna igen symtom på detta såsom nedsatt prestationsförmåga, dyspné och oregelbunden takykardi. Tidig identifiering och behandling av förmaksflimmer minskar risken för framtida utveckling av hjärtsvikt och minskad risk för embolier (Yee & Rosewitz, 2003).

Effekterna av och riskerna med antikoagulationsbehandling är en annan punkt som bör belysas i undervisningen samt interaktionsriskerna gällande födoämnen innehållande K-vitamin såsom gröna bladgrönsaker (a a). Den önskade effekten av warfarin är förhindrande av trombosuppkomst. Den mest överhängande risken med warfarinbehandling är ökad blödningsbenägenhet vilket är särskilt allvarligt hos äldre med hög fallrisk. Den andra risken är trombosbildning då effekten är svårinställd på ett smalt terapeutiskt fönster och individuella faktorer som påverkar effekten. Av denna anledning är compliance eller följsamhet av ordinerad behandling samt regelbundna kontroller av PK-INR för dosjustering centralt (Persson och Stagmo, 2008).

I dagsläget behandlas nära 140 000 personer eller 1,5 % av den svenska befolkningen med perorala antikoagulationsläkemedel av typen K-vitaminantagonister (SBU, 2007). Allmänhetens intresse för naturläkemedel fortsätter att öka och dess roll som egenvårdshjälpmedel blir allt viktigare (Barnes et al, 2002). Dessa två faktorer i kombination innebär en ökad vikt för allmänsjuksköterskan att känna till och förmedla kunskap om hur naturläkemedel kan påverka effekten av warfarin. Johannesört som används mot bl a depression interagerar med warfarin vilket minskar dess effekt och ökar risken för trombosuppkomst. Även Ginko och Ginseng som används mot trötthet och minnesbesvär, samt Salix som har anti-inflammatorisk och antipyretisk effekt bör inte kombineras med antikoagulation på grund av interaktionsrisk. Vitlök har effekter på kroppens egen koagulation samtidigt som den påverkar warfarineffekten och kan fördubbla blödningstiden. Samma försiktighet gäller kombinationsbehandling med fiskolja och warfarin (Färnlöf & Tunón, 2004).

TEORETISK REFERENS RAM

Som teoretisk modell kommer Doris Carnevalis omvårdnadsmodell om resurser och krav i dagligt liv att användas (Bilaga 2). Modellen som begreppsram ger ett tydligt och reellt fokus för sjuksköterskans omvårdnadsdiagnostiska funktion och skiljer omvårdnadsplaneringen från den medicinska behandlingen (Carnevali, 1992).

Dagligt liv ↔ Funktionellt hälsotillstånd

Modellen är ett strukturellt verktyg för att kunna identifiera specifika omvårdnadsproblem och ligger till grund för sjuksköterskans omvårdnadsdiagnostisering och behandling. Patientens omvårdnadsbehov struktureras i omvårdnadsdiagnoser som innefattar krav i patientens dagliga liv och resurser för att hantera dessa. Carnevali beskriver det dagliga livet som ett balansförhållande mellan krav och resurser där omvårdnaden är en central del för att upprätthålla jämvikt. Fokus för omvårdanden kommer att variera beroende på patienten, den medicinska diagnosen och på sjuksköterskans bedömning av omvårdnadsbehov (Carnevali, 1992).

Krav i dagligt liv

Fem underkategorier särskiljer kraven i patientens dagliga liv; aktiviteter, händelser, förväntningar, miljö och värderingar (Carnevali, 1992). De krav som är väsentliga för omvårdnadsdiagnosen relateras till hur de påverkar eller påverkas av patientens hälsotillstånd. Aktivitetsbegreppet innefattar allt från att tillfredställa de mest basala behoven såsom nutrition, hygien och sömn till de mer personliga t ex läkemedelsanvändning och fritidsaktiviteter. Händelser är av mer individuell karaktär, en sällan förekommande företeelse som sjukdomsdiagnos och operation. Både händelser och aktiviteter har en tidsaspekt och denna är betydelsefull för hur individen hanterar kraven som sjukdomen medför. Upplevelsen av en händelse präglas av tidigare erfarenheter och reaktionen kommer att variera därefter. Förväntningar i vardagen har både inre och yttre ursprung och kan stärka patientens tro till förmåga men kan också överstiga patientens egna önskemål och får då en negativ effekt. Omgivningen som påverkar patientens dagliga liv och som sjuksköterskan måste vara uppmärksam på innefattar fysisk, mikrobiologisk, sensorisk och interpersonell miljö. Värderingar, övertygelser, seder och bruk påverkar i hög grad individens reaktioner i en hälso-relaterad situation, och medvetenhet om dessa kan hjälpa sjuksköterskan till djupare förståelse för patientens beteende (a a).

Funktionell förmåga

Individens funktionella förmåga inbegriper i de inre resurser som krävs för att tillgodose hälsorelaterade utmaningar samt krav i det dagliga livet. Carnevali (1992) delar in funktionell förmåga i nio inre resurser. Styrka, uthållighet, sinnesförmågor, sinnesstämning, kunskap, motivation, mod, färdigheter samt kommunikation är allmänt förekommande men finns i olika grad hos olika individer och resulterar i att patienter hanterar samma utmaning på skilda sätt (a a).

Yttre resurser

Företeelser utanför individen som agerar balanserande motvikt till kraven i dagligt benämns yttre resurser. Dessa delas in i bostad, grannskap, kommunikationsmöjligheter, människor, material, tekniska hjälpmedel, teknologi, transport, pengar och husdjur. Sjuksköterskan bör ha övergripande insikt om vilka resurser som är tillgängliga och användbara samt acceptabla av patienten (Carnevali, 1992).

Patientens livskvalitet är enligt Carnevali (a a) beroende av den individuella förmågan till att upprätthålla balans mellan krav i det dagliga livet och den funktionella förmågan tillsammans med yttre resurser som finns till för individen. En hög nivå av balans uppnås om högt ställda krav tillgodoses av tillräckliga inre och yttre resurser, men balans kan även uppnås på en låg nivå. Troligen återfinns balansen någonstans mellan de båda extremerna (a a).

Funktionellt hälsotillstånd ur sjuksköterskans perspektiv

Funktionellt hälsoperspektiv innefattar tre komponenter som ligger till grund för sjuksköterskans fokus i omvårdnadsarbetet (Carnevali, 1992).

Normal biologisk åldersrelaterad utveckling

De biologiska åldersförändringarna så som hormonnivåer och benuppbyggnad är ständigt pågående processer som genom hela livet präglar dagliga aktiviteter. Sjuksköterskan måste ta hänsyn till samt värdera dessa förändringar då de ställer krav på omgivningen och påverkar t ex patientens reaktion på sin sjukdom (a a).

Normal psykosocial utveckling

Alla individer går genom ett antal psykologiska faser under sin livstid vilket påverkar hur situationer och problem tolkas och hanteras. Exempelvis vuxna individer har passerat ungdomsstadiet och riskerar fler sjukdomar, beroendeförhållanden förändras och insikten om att livstiden är begränsad påverkar hur situationer och problem hanteras (a a).

Patologiskt tillstånd

Det biomedicinska perspektivet innebär att patologi betraktas utifrån hur den påverkar kroppens anatomi och fysiologi och hur sjukdomsprocessen kan behandlas. Den skiljer sig från perspektivet om dagligt liv och funktionellt hälsotillstånd som undersöker hur patologin påverkar individens inre och yttre resurser i dagligt liv på kort och lång sikt. Sjuksköterskan bör ha förmåga att använda båda perspektiven i omvårdnaden då enbart medicinsk behandling på strukturnivå inte är tillräcklig för balans i det funktionella hälsotillståndet (a a).

Carnevali (1992) menar att de tre komponenterna alla ska integreras då sjuksköterskan formulerar omvårdnadsdiagnosen avseende dagligt liv och funktionellt hälsotillstånd. Stressfaktorer från det dagliga livet som förstärker kraven på individen ska värderas vid omvårdnadsdiagnosen så att sjuksköterskan kan arbeta för att utsluta dessa. Den ökade stressen kan överstiga individens tillgängliga resurser vilket omöjliggör balans i det dagliga livet och är därmed inte önskvärt (a a).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet är att i en litteraturstudie studera vilka faktorer som livskvaliteten hos patienter med förmaksflimmer samt vilket kunskapsbehov de har angående sin sjukdom. Detta för att öka kunskapen hos sjuksköterskor som vårdar dessa patienter om vilka faktorer som påverkar deras livskvalitet samt vilket undervisningsbehov de har.

- Vilka faktorer påverkar livskvalitet hos patienter med förmaksflimmer?
- Vilket kunskapsbehov har patienter med förmaksflimmer?

METOD

Som metod i denna litteraturstudie används Goodmans sju steg för att identifiera och värdera vetenskapliga artiklar (Goodman, 1993).

Steg 1: Precisera problemet för utvärderingen

Litteraturstudiens syfte och problemet för utvärdering är att studera vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos patienter med förmaksflimmer samt vilket kunskapsbehov de har angående sin sjukdom

Steg 2: Precisera studiens inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för studierna är att de ska vara publicerade på engelska, innefatta ett abstract, inte vara äldre än tio år samt involvera vuxna deltagare över nitton år. Studier som undersöker och jämför olika strategiers och behandlingsmetoders inverkan på livskvalitet exkluderas. Likaså studier som uteslutande behandlar livskvalitet relaterat till antikoagulationsbehandling samt studier med fokus på strokeprevention vid förmaksflimmer exkluderas.

Steg 3: Formulera en plan för litteratursökningen

Goodmans (1993) tredje steg beskriver tillvägagångssätt för litteratursökning. Litteratursökningen inleddes med artikelsökning i databaserna, PubMed, CINAHL och The Cochrane Library genom att kombinera sökordet förmaksflimmer med sökord som fokuserade på livskvalitet och kunskap. Söktermer som kunde förknippas med kunskap och livskvalitet framkom genom gemensam brainstorming. Sökvägar och söktermer av litteratursökningen presenteras i metodtabell 1. Artiklars referenslistor genomsöktes för relevanta nyfunna artiklar.

Steg 4: Genomför litteratursökningen

Goodmans (1993) fjärde steg innefattar genomförande av litteratursökningen. I metodtabell 1 presenteras resultat av sökningar som belyser forskningsfältet i relation till litteraturstudiens syfte.

Tabell 1. Databassökning av vetenskapliga artiklar avseende livskvalitet och kunskapsbehov hos patienter med förmaksflimmer.

Databas	Mesh-term/ Headlings	Fritext	Limit	Träffar = lästa titlar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Använda Artiklar (Nr i matris) [▲]
CINAHL	Atrial fibrillation (AF) AND Health knowledge		*	3	3	1	1 (Nr 7)
	AF AND Quality of life (QoL)		*	36	5	1	0
	AF AND	Patient knowledge	*	4	3	0	0
	AF AND Teaching		*	12	0	0	0
The Cochrane Library	AF AND QoL		Inga	63 (clinical trials)	3	0	0
	AF AND Knowledge		Inga	0	0	0	0
	AF	Patient education	Inga	11	4	1	0
	AF	Patient experiences	Inga	81	3	1	0
PubMed	AF AND Health Knowledge, Attitudes, Practice		*	15	8	3	1 (Nr 4)
	AF AND Patient education as topic		*	23	5	3	1 (Nr 6)
	AF AND QoL		*	157	15	9	5 (Nr 2,8 - 11)
	AF AND	Qualitative study	*	15	1	0	0
	AF AND	Patient experience	*	306	0	0	0
	AF AND	Patient Perceptions	*	53	8	1	1 (Nr 5)
	AF AND Clinical Nursing Research		*	1	0	0	0
	AF AND	Nursing intervention	*	6	0	0	0
	AF AND	Teaching strategies	*	10	0	0	0
	AF AND Teaching		*	1	0	0	0
	AF AND Adaptation, Psychological		*	5	3	0	0
	AF AND	Patient knowledge	*	116	7	1	0
	AF AND Cost of Illness		*	9	1	0	0
	AF AND	Health related QoL	*	32	6	4	2 (Nr 1 & 3)
AF AND Stress, psychological		*	14	4	0	0	
Totalt:				973	79	25	11

* Abstract, English, All adult +19 years

▲ Nummer inom parentes motsvarar varje enskild artikels nummer i matris, bilaga 4

För att sortera ut relevanta artiklar ur söklistan lästes alla titlar (totalt 973 st) av båda författarna.

I de artiklar, vars titlar var relevanta för litteraturstudiens syfte, granskades abstracten övergripande tillsammans (79 st). En granskning gjordes över huruvida abstracten var relevanta för studiens syfte samt om artikeln innehöll introduktion eller bakgrund, metod, syfte, resultat, diskussion och slutsats.

Totalt bedömdes 25 artiklar inneha ovan nämnda delar samt vara betydelsefulla för studiens syfte. Dessa valdes ut för en övergripande helhetsgranskning av artikeln där metod och resultat granskades mer ingående.

Artikelmaterialet delades upp för genomläsning i sin helhet. Materialet utbyttes sedan för att jämföras och för att säkerställa oberoende kongruens. Efter genomläsning valdes totalt sju artiklar bort på grund att de inte besvarade studiens syfte. Kvarvarande 18 artiklar var relevanta för studien och kvalitetsgranskades gemensamt utifrån ett modifierat bedömningsprotokoll (Bilaga 3) för kvantitativa studier utvecklat av Carlsson & Eiman (2003). Artiklarna fick poäng efter hur väl de uppfyllde protokollets olika moment och den sammanlagda poängen utgjorde grunden för artikelns bevisgrad.

Av de 18 kvalitetsgranskade artiklarna valdes de artiklar ut som var mest relevanta i förhållande till litteraturstudiens syfte avseende kunskap och livskvalitet hos patienter med förmaksflimmer och som uppnådde hög kvalitet enligt protokollet (Bilaga 3). Totalt valdes 11 artiklar till att ingå i litteraturstudiens resultatdel. Övergripande information om dessa samt kommentarer och skäl till att dessa artiklar valdes ut återfinns i studiens artikelmatris (Bilaga 4).

Steg 5: Tolka bevisen från de individuella studierna

I Goodmans (1993) femte steg tolkades de valda artiklarnas resultat utifrån det preciserade syftet ovan. Resultatet tolkades och vägdes utifrån studiens statistiska metod. Reliabilitet och validitet kontrollerades efter vad artikeln tillät utifrån begrepp så som bias, statistisk styrka, p-värden och konfidensintervall samt intern och extern validitet. Resultatet diskuterades utifrån den valda teoretiska referensramen, Carnevalis (1992) modell om dagligt liv ↔ funktionellt hälsotillstånd och presenteras i resultatdiskussionen.

Steg 6: Sammanställ bevisen

Enligt Goodmans (1993) sjätte steg sammanställdes resultatet av de utvalda artiklarna. Resultatet presenterades i teman och kategorier. DeSantis & Ugarriza (2000) definierar tema som en abstrakt enhet som ger mening åt en eller flera varianter av en erfarenhet genom att fånga dess essens och placera den i en meningsfull helhet (a a).

För att identifiera dessa övergripande teman i artiklarna analyserades artiklarnas resultat efter att de lästs i sin helhet för en överblick av materialet. Signifikanta resultat i de kvantitativa artiklarna vilka var meningsfulla för syftet extraherades och jämfördes för likheter och skillnader. Dessa utgjorde grunden för de olika

kategorierna så som Patton (2002) beskriver dem. Han menade att kategorier skapas efter återkommande likheter i materialet och kontrolleras utifrån kriterierna om intern homogenitet och extern heterogenitet. All data måste kunna inkluderas inom en kategori och kan inte tillhör fler än denna. De beskrivande kategorierna som indikerade likvärdig information samordnades under två övergripande teman.

Steg 7: formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet

Goodmans (1993) sjunde steg behandlades i denna litteraturöversikt i form av användbarhet för allmänsjuksköterskan samt specifika slutsatser utifrån det presenterade resultatet. Dock genererades inget evidens då mängden material är otillräckligt för att basera generella rekommendationer på.

RESULTAT

Nedan presenteras resultat från forskningsfältet i två teman med kategorier utifrån 11 vetenskapliga artiklar vilka belyser ovan nämnda syfte. Livskvalitet hos patienter med förmaksflimmer behandlas efter hur den påverkas av faktorer som framkommit i artiklarnas resultat. Dessa utgör kategorierna under temat livskvalitet och temat kunskap presenteras under olika kategorier av kunskap.

Faktorer som påverkar livskvalitet

Vid en undersökning av personer med förmaksflimmer som sökte för sina besvär på en akutmottagning uppgav 58 % av dessa patienter att de upplevde sin hälsostatus som svag och något färre ansåg att det var svårt att leva med sjukdomen (Koponen et al, 2007).

Vid jämförelse av livskvalitet enligt SF-36 mellan patienter med förmaksflimmer och friska kontrollpersoner sågs i flera studier (Kang et al, 2004; Paquette et al, 2000; Dorian et al, 2000) ett sämre resultat för både fysisk och mental hälsa hos patienterna med förmaksflimmer. Både manliga och kvinnliga patienter med förmaksflimmer skattade sin upplevda mentala hälsa, fysiska funktion, rollbegränsning p g a fysiska och emotionella orsaker, vitalitet samt social funktion sämre än kontroller anpassade efter ålder. Störst skillnad observerades för delskalan gällande rollbegränsning p g a fysiska orsaker, där de friska hade ett tvåfaldigt högre medelvärde jämfört med patienterna med förmaksflimmer (a a).

Mätning av livskvalitet inom en förmaksflimmergrupp i en studie av Singh et al (2006) visade enligt SF-36 att personer som för närvarande hade förmaksflimmer uppgav lägre poäng avseende fysisk funktion, rollbegränsning p g a fysiska orsaker, generell upplevd hälsa samt vitalitet jämfört med personer som haft förmaksflimmer men som vid det aktuella tillfället hade sinusrytm (a a).

En jämförelse av livskvalitet med andra hjärtsjuka patienter (Dorian et al, 2000) visade att patienter med förmaksflimmer, för samtliga delskalor inom SF-36 med

undantag för kroppslig smärta, skattade sin livskvalitet sämre än kontrollpatienter med genomgången PTCA. Detta trots att patienterna med genomgången PTCA var äldre och hade sämre kammarfunktion. Vid en andra jämförelse med en kontrollgrupp bestående av patienter med hjärtsvikts skattade patienterna med förmaksflimmer sin livskvalitet bättre gällande generell upplevd hälsa, fysisk funktion, rollbegränsning p g a fysiska orsaker samt kroppslig smärta. Dock uppskattade de sin mentala hälsa som sämre än patienterna med hjärtsvikt. Då patienter med genomgången hjärtinfarkt jämfördes med patienter med förmaksflimmer framkom generell upplevd hälsa, vitalitet, mental hälsa och social funktion som sämre hos patienterna med förmaksflimmer (Dorian et al, 2000).

Psykologiska faktorer

Studier som undersökte förhållanden mellan mental hälsa och livskvalitet använde bl a förekomst av depression, ångest samt optimism som indikatorer för mentalt hälsotillstånd. Ong et al (2006) påvisade ett förhållande där närvaro av ångest hos patienter med förmaksflimmer korrelerade med lägre fysisk livskvalitet och mental livskvalitet, svårare symtom samt ökad psykisk påfrestning (a a). När en jämförelse gjordes gällande nivå av ångest mellan patienter med förmaksflimmer och patienter med hypertoni i en studie av Thrall et al (2007) återfanns skillnader i upplevd ångestnivå. Patienter med förmaksflimmer skattade sina ångestupplevelser som mer omfattande än patienter med hypertoni. När samma förhållande undersöktes efter sex månader bestod de förhöjda nivåerna av ångest hos patienterna med förmaksflimmer, framförallt hos de yngre individerna jämfört med patienterna med hypertoni (a a).

Som motsats till ångest undersökte Ong et al (2006) huruvida optimism påverkade livskvalitet. Patienter med förmaksflimmer med en grundläggande optimistisk inställning visade sig vara mindre benägna att ständigt upptas av sina symtom. Gällande livskvalitet visade det sig att optimism gav ökad mental livskvalitet samt lägre psykologiska påfrestningar. Dock fanns inget samband mellan optimism och fysisk livskvalitet (a a).

Symtomupptagenhet eller somatisering, d v s en benägenhet att utan hänsyn till svårighet eller frekvens ständigt ha fokus på sina symtom, hade en specifik roll i förhållandet mellan å ena sidan ångest och optimism å andra sidan fysisk och mental livskvalitet, symtomsvårighet samt psykologisk påfrestning (Ong et al, 2006). Symtomupptagenhet utgjorde en stor del av det samband som fanns mellan ångest, optimism och fysisk och mental livskvalitet, symtomsvårighet och psykologisk påfrestning. En individ som hade ångest och ständigt var upptagen av sina symtom hade sämre livskvalitet, svårare symtom och ökad psykologisk påfrestning än individer med ångestbesvär utan symtomupptagenhet. Ångestens negativa inverkan på bl a livskvaliteten visade sig alltså bero till största delen på symtomupptagenheten och inte på ångesten i sig. Optimismens positiva effekt på livskvaliteten reducerades då individen var kraftigt upptagen av sina symtom (a a).

En tendens till somatisering av sina fysiska symtom studerades även i en annan studie (Paquette et al, 2000) för att påvisa eventuellt samband med livskvalitet. Av deltagarna i studien hade de som uppmätte högst grad av somatisering en sämre livskvalitet enligt SF-36. Fysisk kapacitet och funktion, mental hälsa, symtomfrekvens

och -svårighet försämrades betydligt då grad av somatisering ökade. Fler kvinnor än män uppmätte hög grad av somatisering (Paquette et al, 2000).

Upplevda depressiva besvär undersöktes bland deltagarna i studien av Thrall et al (2007) där resultat ej uppvisade några betydande skillnader mellan patienter med förmaksflimmer och patienter med hypertoni. Närmare tre fjärdedelar av patienterna med förmaksflimmer uppgav att de upplevde både ångest och depression vid samma tillfälle. En stark association sågs mellan högre nivåer av depression och lägre livskvalitetsnivåer hos patienter med förmaksflimmer i samma studie. Liknande samband sågs för ångest. Depression och ångest visade sig båda vara betydelsefulla faktorer för att kunna förutsäga grad av livskvalitet vid studiens första mätning. Under sex månaders tid sågs en samvariation mellan förändringar av livskvalitet och förändringar av depression. Förbättring av depressiva besvär förknippades med förstärkt livskvalitet. Depression framstod därigenom som en faktor för förutsägelse av livskvalitetsnivå. Trots att resultaten indikerade att kvinnor hade sämre livskvalitet än män, sågs inga skillnader i förekomst av ångest eller depression mellan könen (a a).

Fysiska symtom

Patienter med förmaksflimmer i studien av Singh et al (2006) kunde uppleva för sjukdomen specifika symtom både i sinusrytm och i förmaksflimmer. Då symtomfrekvens och -svårighet jämfördes mellan patienter med förmaksflimmer och patienter med sinusrytm påvisades att de först nämnda rapporterade högre frekvens av svårare symtom än vad gruppen med sinusrytm gjorde (a a). De mest frekvent förekommande symtomen som rapporterades av patienter med förmaksflimmer var palpitationer, utmattning, yrsel, dyspné, samt bröstsmärtor (Dorian et al, 2000; Ong et al, 2006). Då symtomsvårighet och frekvens av symtom jämfördes hos patienter med förmaksflimmer påvisades att de som upplevde svårartade symtom samt de med mer frekvent förekommande symtom visade sig ha sämre livskvalitet än patienter med mildare symtom samt färre episoder. Detta visade sig som lägre fysisk och mental hälsa. Patienter som uppgav sig ha mer frekventa symtom p g a sitt förmaksflimmer skattade sig lägre inom alla SF-36s delskalor; upplevd generell och mental hälsa, fysisk och social funktion, rollbegränsning p g a fysiska samt emotionella orsaker, vitalitet samt kroppslig smärta uppfattades alla som sämre jämfört med de som rapporterade lägre symtomfrekvens (Kang et al, 2004). Kvinnor upplevde signifikant mer frekventa och svårare symtom än män i studien av Paquette et al (2000).

För att kontrollera om lägre livskvalitet enbart berodde på symtomens inverkan eller om andra faktorer påverkade, indelades patienter med förmaksflimmer i en studie (Singh et al, 2006) efter huruvida de rapporterade förekomst av symtom eller inte. Undersökningen visade att även deltagare som för närvarande hade en sinusrytm kunde uppleva flimmerspecifika symtom. Med detta visade forskarna att det inte enbart var p g a rytmen som patienter upplevde sig ha besvärande symtom utan de kunde ha pågående upplevelser av andra orsaker. Patienter med förmaksflimmer uppgav dock att de hade svårare och mer frekventa symtom än patienter med förmaksflimmer som för närvarande hade sinusrytm (a a).

Fysisk funktion

För att påvisa huruvida fysisk aktivitet hade en positiv inverkan på livskvalitet fick patienter med förmaksflimmer och patienter som för tillfället hade sinusrytm utföra fysiska tester. Resultatet visade att fysisk prestationsförmåga hade en positiv inverkan på livskvalitet hos patienter med förmaksflimmer samt hos patienter med förmaksflimmer i sinusrytm (Singh et al, 2006). En högre maximal prestationsförmåga gav positiva effekter på livskvalitet genom ökad fysisk funktion, minskad rollbegränsning p g a fysiska och emotionella orsaker, generellt bättre hälsa samt bättre social funktion hos patienter med förmaksflimmer som befann sig i sinusrytm. Hos dessa patienter kvarstod den fysiska aktivitetens positiva inverkan på livskvalitet vid mätningar efter ett år. För personer som vid tillfället hade förmaksflimmer sågs ett positivt samband mellan förhöjd fysisk prestationsförmåga och fysisk funktion, rollbegränsningar p g a fysiska orsaker samt vitalitet. Detta samband sågs dock inte hos dessa patienter över tid. I denna studie påvisades inte någon effekt av fysisk prestationsförmåga på den skattade mentala hälsan oavsett dåvarande rytmtyp (a a). I en studie av Howes et al (2001) jämfördes fysisk aktivitet och livskvalitet mellan äldre individer med förmaksflimmer och äldre friska personer. Resultatet av testerna för fysisk aktivitet visade att patienterna med förmaksflimmer hade högre maxpuls och lägre lägsta puls än de friska kontrollerna. Medelvärden av hjärtfrekvens visade sig vara likvärdigt i de båda grupperna. Under konditionstestet nådde patienterna med förmaksflimmer en högre maximal hjärtfrekvens. Livskvalitetsmätning i samma studie visade en tendens till sämre livskvalitet i samtliga delskalor inom SF-36 då patienterna med förmaksflimmer jämfördes med friska åldersmatchade kontroller. Däremot tenderade patienterna i studien att skatta sin livskvalitet bättre då de jämfördes med normalbefolkningen över 65 år. Rollbegränsning p g a emotionella orsaker var betydligt lägre inom gruppen med förmaksflimmer (a a).

Tidsfaktorn

Flera studier undersökte huruvida nivåer av livskvalitet hos personer med förmaksflimmer förändrades över tid genom att jämföra mätningar med SF-36 från studiens första dag med mätningar vid förutbestämda tidpunkter eller intervall. Thrall et al (2007) påvisade att patienters livskvalitet vid studiens början hade ett starkt samband med livskvaliteten efter sex månader. Det skedde inga signifikanta förändringar över tidsperioden, detta oberoende av patienttyp (a a). En annan studie av Paquette et al (2000) visade i motsats till ovan nämnda studie att det skedde betydande förbättringar av livskvalitet för patienter med förmaksflimmer över tid. De kvinnliga patienterna uppvisade en förbättrad fysisk hälsa över ett års tid, och män en förbättring över samma tidsperiod gällande mental hälsa. Signifikanta förbättringar kunde dock ej ses efter endast tre månader (a a). Däremot sågs i en annan studie (Singh et al, 2006) betydande förändringar i enskilda livskvalitetsmått redan efter åtta veckors tid. För patienter med förmaksflimmer uppmättes negativa förändringar för fysisk funktion samt generell upplevd hälsa efter åtta veckor. Liknande förändringar efter ett år kvarstod endast för generell hälsa. Samma patienter rapporterade efter åtta veckor något ökad vitalitet samt minskad fysisk rollbegränsning. Efter ett år uppmättes försämrad social funktion. Inga signifikanta förbättringar av livskvalitet sågs efter ett år (a a).

Två studier (Paquette et al, 2000; Singh et al, 2006) påvisade att symtomfrekvens och –svårighet förbättrades efter ett år hos kvinnliga och manliga patienter med förmaksflimmer. Även den samlade symtombördan förbättrades över ett års tid.

Kunskap

Två studier undersökte specifik sjukdomskunskap hos personer med förmaksflimmer vilket påvisade ytterst varierande grader av kunskap (Koponen et al, 2007; Lip et al, 2002;).

Koponen et al (2007) genomförde ett kunskapstest där patienter med förmaksflimmer, i samband med ett akutbesök, fick svara på frågor om sin sjukdom. Huruvida den befintliga kunskapen minskade, bestod eller ökade mättes genom att patienterna fick utföra samma kunskapstest efter tre månader. Resultatet av testet visade att något fler än hälften av deltagarna visste, vid akutbesöket, att förmaksflimmer inte alltid orsakades av en allvarlig hjärtsjukdom utan kunde bero på andra faktorer. Vid mätningen efter tre månader hade kunskapen om förmaksflimmeretiologin ökat (a a).

I två studier (Koponen et al, 2007; Lip et al, 2002) påvisades att hälften respektive två tredjedelar av patienterna visste att förmaksflimmer karaktäriserades av en snabb, oregelbunden hjärtrytm (a a) dock visste endast patienterna i studien av Lip et al (2002) att tillståndet benämndes förmaksflimmer (a a). Att förmaksflimmer även kunde förekomma under medicinsk behandling visste endast en tredjedel vid första testet. Vid uppföljning sågs en marginell ökning av kunskap (Koponen et al, 2007).

Kunskapsnivå och uppfattning om förmaksflimmer jämfördes mellan olika, av forskarna definierade, etniska grupper; indo-asiater, afro-karibier samt kaukasier. Resultaten visade att kunskapsnivån varierade mellan de olika etniska grupperna. Mest medvetna om sin sjukdom var den kaukasiska subgruppen, där nio av tio korrekt kunde benämna sin sjukdom vid namn. I den afro-karibiska gruppen gällde detta för drygt hälften av deltagarna och för en tredjedel i den indo-asiatiska gruppen (Lip et al, 2002).

Beslutsförmåga

McAlister et al (2005) undersökte i sin studie om ett speciellt utformat informationsmaterial om förmaksflimmer kunde underlätta beslut för patienterna kring sin egen behandling. Deltagarna i studien som mottog informationsmaterialet ansåg i stor utsträckning att den behandlande läkaren hade det övergripande ansvaret och beslutsföreträdet gällande den individuella behandling jämfört med de patienter som mottog sedvanlig utbildning. Något färre deltagare inom interventionsgruppen än i gruppen med sedvanlig utbildning önskade själva fatta de primära besluten kring sin behandling. Andelen patienter som önskade gemensam planering och beslut kring sin behandling var lika inom de båda grupperna (a a).

Efter utvärdering av interventionen, med extra informationsmaterial, sågs skillnader i skattning av beslutskonflikt, d v s omständigheter med negativ påverkan på beslutsförmågan. Interventionsgruppen upplevde lägre nivåer av bristfällig information samt färre oklara värderingar än gruppen med sedvanlig utbildning. Dock upplevde inter-

ventionsgruppen något större osäkerhet inför beslut. Resultatet för samtliga deltagare i studien påvisade en generellt låg skattning av konfliktnivå, denna var dock något lägre inom interventionsgruppen (McAlister et al, 2005).

Symtommedvetenhet

Gällande symtom påvisade McCabe et al (2008) att endast en fjärdedel av deltagarna i studien kunde identifiera tre eller fler symtom som förekommer under en förmaksflimmerepisod. Endast en tiondel kunde nämna tre eller fler symtom som indikerade ett förhöjt PK-INR (a a). Män visade sig ha större kunskap än kvinnor vad det gällde att upptäcka symtom för recidiv och hade därmed en bättre grund för att ta beslut om när vård behövde uppsökas (Koponen et al, 2007)

Medicineringskunskap

Koponen et al (2007) undersökte hur mycket kunskap patienter med förmaksflimmer hade om medicinering vid sin sjukdom och då i synnerhet kunskap om anti-koagulationsbehandling. Resultatet påvisade att inga deltagare uppnådde tillräckligt höga poäng för att kunna anses ha god kunskap om sin sjukdom.

Då resultatet följdes upp med samma test efter tre månader sågs en klar förbättring av kunskap gällande medicinering vid förmaksflimmer (a a). McCabe et al (2008) påvisade i sin studie att kvinnor uppmätte högre kunskapspoäng vad det gällde antikoagulationsbehandling än män (a a).

Gällande antikoagulationsbehandling (Koponen et al, 2007) och interaktionsrisk trodde nästan hälften av de tillfrågade att de inte fick äta några grönsaker under warfarinbehandling. Tre månader senare visste två tiondelar fler att det endast var vissa grönsaker som de borde undvika (a a). Då deltagare i en annan studie (McCabe et al, 2008) tillfrågades om samtidig användning av warfarin och ASA, NSAID eller K-vitamin kände knappt en tredjedel till att dessa läkemedel eventuellt kunde interagera med varandra och resultera i en icke önskvärd warfarineffekt. I samma studie visste inte en på tio tiden för sitt nästa uppföljningsbesök. Två femtedelar av samtliga 100 deltagare i studien, oberoende av behandling, kände inte till syftet med sin medicinering. Dock kunde majoriteten nämna sina förmaksflimmermediciner vid namn. Av de 75 deltagare som behandlades med warfarin kände 96 % till syftet med sin behandling och samtliga kände till datumet för nästa provtagning (a a).

I studien av McAlister et al (2005) kände tre fjärdedelar, av deltagare som erhållit utökad information, till den för stroke riskreducerande effekten av warfarin. Drygt en tredjedel av övriga deltagare som fick sedvanlig utbildning hade samma kunskap. Fler deltagare i interventionsgruppen skattade risken för stroke efter påbörjad anti-koagulationsbehandling som lägre, jämfört med övriga deltagare (a a).

I studien av Koponen et al (2007) påvisades att de deltagare som ansåg sig ha en god hälsa hade bättre kunskap om antikoagulationsbehandling än de patienter med förmaksflimmer som ansåg sig ha sämre hälsa. Resultatet från studien visade även att de som ansåg sig hantera sin sjukdom sämre lämnade med större sannolikhet fler inkorrekta svar. Män visade sig ge fler korrekta svar än kvinnor i kunskapstestet vid akutbesöket samt efter tre månader angående förmaksflimmer och dess behandling.

Nydiagnostiserade patienter hade mer kunskap om antikoagulationsbehandling än patienter med förmaksflimmer som haft diagnosen en längre tid (Koponen et al, 2007). McCabe et al (2008) tittade på följsamhet av rekommenderad medicinering och egenvård. Samtliga deltagare rapporterade korrekt följsamhet av ordinerad farmakologisk medicinering emedan endast sex av tio följde rekommendationen om daglig pulskontroll (a a).

Riskmedvetenhet

Då förmaksflimmer innebär allvarliga risker för bl a stroke undersökte flera studier (Koponen et al, 2007; McAlister, 2005; Lip et al, 2002; McCabe et al, 2008) vilken kunskap patienter med förmaksflimmer hade om detta risksamband. Samtliga objektiva mätningar gav resultat som påvisade bristfälliga riskkunskaper. Av deltagarna i studien av Lip et al (2002) visste något fler än hälften att förmaksflimmer var en predisponerande faktor för blodpropp samt för stroke. McCabe et al (2008) konkluderade efter resultat från intervjuer att det förekom brister i kunskapen gällande strokerisk och symptom på stroke hos personer med förmaksflimmer. Färre än hälften gav korrekta svar på frågor om strokerisk och endast en tredjedel kände till symptom på stroke (a a).

Skillnader i kunskap om risker med förmaksflimmer sågs mellan olika etniska grupper i studien av Lip et al (2002). Kännedom om trombosrisk vid förmaksflimmer var högst i den afro-karibiska gruppen där nio av tio hade kunskap om detta och lägst i den indo-asiatiska då endast en tredjedel kände till risken för trombosuppkomst vid förmaksflimmer. Att förmaksflimmer är en predisponerande riskfaktor för stroke visste sju av tio kaukasiska deltagare emedan endast en fjärdedel av indo-asiaterna hade kunskap om detta. Deltagare inom alla etniska grupper med tidigare genomgången stroke hade en större kännedom om strokerisk och tromboembolism vid förmaksflimmer än övriga deltagare. Förfluten tid sedan diagnostillfället gav ingen signifikant skillnad i kunskapsnivå (a a).

I McAlisters et al (2005) studie där effekten av en informationsintervention på kunskapsnivån mättes hos patienter med förmaksflimmer utfördes subjektiva uppskattningar av risk, där deltagarna skattade sin individuella upplevda strokerisk. Resultatet visade att gruppen som erhållit sedvanlig utbildning vid diagnostillfället ansåg sig ha en högre risk för att drabbas av stroke än interventionsgruppen. I interventionsgruppen skattade sig hälften så många som avsevärd högriskindivid jämfört med gruppen som erhållit sedvanlig utbildning (a a).

Bifynd

Två studier (McCabe et al, 2002; Koponen et al, 2007) undersökte vilka faktorer som kunde ligga bakom varierande nivåer av kunskap. Dessa studier visade att lägre ålder, manligt kön samt längre utbildning var tre faktorer som påverkade kunskapsnivån hos patienter med förmaksflimmer positivt (a a).

Deltagarna i en studie (McCabe et al, 2002) delades in i grupper efter ålder (26-64 år, 65-74 år, 75-94 år) och utbildning (gymnasieutbildning eller lägre, yrkesutbildning eller lägre än en 4 årig högskoleutbildning, 4 årig högskoleutbildning eller högre akademisk examen). Resultatet påvisade en högre grad av kunskap i den yngsta

ålderskategorin jämfört med den äldsta gällande förmaksflimmer. Skillnad återfanns även vid jämförelse av kunskap om antikoagulation mellan de yngsta och äldsta deltagarna samt mellan de två äldre grupperna (McCabe et al, 2002). Män uppgav fler korrekta svar än kvinnor gällande sjukdomens karaktär, hur förmaksflimret upptäcks och vad som indikerar vårdkontakt, påverkan på dagligt liv i form av stress, alkohol och motion samt antikoagulation. Vid uppföljning efter tre månader hade de manliga deltagarna även ökad kunskap gällande symtom specifika för förmaksflimmer (Koponen et al, 2007).

McCabe et al (2002) visade även att utbildningslängd var en påverkande faktor för kunskapsnivå. Gruppen med längst utbildning hade högre kunskapspoäng om förmaksflimmer än gruppen med kortast utbildningstid. Utbildningslängd gav dock ingen skillnad avseende kunskap om antikoagulation i denna studie (a a).

Ett annat bifynd framkom ur resultatet från studien av Lip et al (2002) som intervjuade patienter med förmaksflimmer med olika etnisk bakgrund om vad de ansåg styrde över deras sjukdom. Sammantaget för hela studien ansåg två femtedelar att kontrollen över sjukdomen låg hos dem själva, drygt en tredjedel ansåg att kontrollen låg hos gud eller i deras tro medan drygt en femtedel menade att läkaren hade den största kontrollen över deras förmaksflimmer. Majoriteten av indo-asiaterna ansåg att kontrollen över deras sjukdom låg hos gud eller i deras tro, medan afro-karibier i störst utsträckning ansåg att de själva besatt den största kontrollen över sjukdomen. Även den kaukasiska gruppen tenderade att tilldela sig själv den största kontrollen.

Sammanfattande resultat

Sammanfattningsvis påvisade ett flertal studier (Kang et al, 2004; Paquette, 2000; Dorian et al, 2000; Singh et al, 2006) att patienter med förmaksflimmer hade sämre livskvalitet inom flera olika aspekter än friska kontroller och andra hjärtsjuka patienter. Patienter med förmaksflimmer upplevde mer ångest än kontroller med hypertoni (Thrall et al, 2007). En optimistisk inställning påverkade vissa aspekter av livskvalitet positivt (Ong et al, 2006). Somatisering eller symtomupptagenhet gav sämre livskvalitet (Ong et al, 2006; Paquette et al, 2000). Depressiva besvär gav sämre livskvalitet hos patienter med förmaksflimmer på sikt (Thrall et al, 2007). Svårare och mer frekventa symtom gav sämre livskvalitet (Kang et al, 2004). Fysisk aktivitet hade en positiv inverkan på livskvalitet (Singh et al, 2006). Tre studier (Thrall et al, 2007; Paquette et al, 2000; Singh et al, 2006) påvisade divergerande resultat gällande tidens betydelse för livskvalitet. Flera studier (Koponen et al, 2007; Lip et al, 2002; McCabe et al, 2008) påvisade bristande kunskaper hos patienter med förmaksflimmer gällande sjukdom, symtom, behandling och risker. Värdet av en informationsintervention påvisades vara positivt för att öka patientens kunskap om förmaksflimmer (McAlister et al, 2005).

DISKUSSION

Rubriken delas in i metod- och resultatdiskussion. Syfte, inklusions- och exklusionskriterier, litteratursökning, kvalitetsgranskning samt urval av artiklar, diskuteras i metoddelen. Framträdande resultat berörs utifrån betydelse för allmänsjuksköterskans arbete samt den valda teoretiska referensramen.

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att studera vilka faktorer som påverkar livskvaliteten hos patienter med förmaksflimmer samt vilket kunskapsbehov de har angående sin sjukdom. En fördel med att formulera ett syfte med två innebörder skulle kunna vara att resultatet ger en bredare överblick inom två närliggande områden. Eventuell nackdel kan vara förlust av djupare inblick då antalet artiklar måste fördelas över två fokusområden vilket kan orsaka ett otydligare sammanhang i resultatbeskrivningen. Ett försök till minimering av fragmentariskt resultat gjordes genom användande av s k inverse searching (Goodman, 1993) där artiklar som redan bedömts relevanta genomsöktes efter nyckelord (citations) för att få fram ytterligare relevanta söktermer. Detta genererade flertalet utökade sökningar för båda delar i syftet. Varje ny sökning gav samma artiklar i resultatet oberoende av sökmotor samt kombination av söktermer. Detta styrker litteratursökningens validitet enligt Polit & Beck (2006) och talar för en viss datamättnad (a a). Initial brainstorming av söktermer kan ha påverkat litteratursökningens reliabilitet negativt då andra författare möjligen utifrån syftet hade genererat andra söktermer.

Söktermerna som användes genererade flertalet irrelevanta resultat och därmed hade sökningen enligt Goodman (1993) låg specificitet. Endast de sökningar som gav en eller flera användbara artiklar var sensitiva, d v s som innefattade önskvärt resultat. En möjlig förbättring av litteratursökningen kunde ha varit adekvat användande av Booleska sökkommandon *NOT* och *OR*.

Hälsorelaterad livskvalitet användes som sökterm vid sidan av livskvalitet då dessa sökningar genererade skilda artiklar av relevans för litteraturstudien. Då litteraturstudiens syfte behandlar aspekter inom hälso- och sjukvård bedömdes hälsorelaterad livskvalitet som ett mer relevant sökord enligt dess definition. Genomläsning av artiklarna visade dock att studiernas författare menade olika med begreppet; det som benämndes livskvalitet i en studie hade samma betydelse som hälsorelaterad livskvalitet som undersöktes i en annan studie. Där av inkluderades båda begrepp som söktermer i litteratursökningen.

Förhoppningen inför litteratursökningen var att finna ett antal artiklar baserade på kvalitativa studier där patienters personliga upplevelser av förmaksflimmer beskrevs med egna ord. Trots upprepade sökningar fanns inga sådana utan fokus för de kvalitativa studierna var utvärdering av behandlingsalternativ, vilket var ett exklusionskriterium för litteratursökningen. Patienters egna berättelser hade kunnat tillföra ett djup i resultatet och en utförlig beskrivning för hur dessa personer upplever att förmaksflimmer påverkar deras livskvalitet och dagliga liv.

Språkkriteriet med artiklar på engelska vid litteratursökningen medförde att två artiklar som kunde varit relevanta för litteraturstudien valdes bort och därmed påverkade resultatets omfattning. Viss intressant forskning kan ha överstigit tio år och är därmed exkluderade från denna litteraturstudie. Då bakgrundsinformationen indikerade att personer som drabbats av förmaksflimmer varit äldre än nitton år, fastställdes detta som ett inklusionskriterium.

En artikel beställdes via Hälsa och Samhälles bibliotek då titel och abstract föreföll intressant för litteraturstudien. Då tiden att erhålla denna blev längre än förväntat, beställdes inga fler artiklar. Detta kan ha medfört att intressant information förlorades.

Relevanta abstract valdes att granskas endast utifrån titelns relevans till litteraturstudiens syfte. Detta kan ha medfört att intressant information förbisågs då titel inte alltid återspeglar artikeln faktiska innehåll. Relevanta titlar genererade 79 abstract som överblickades och granskades utifrån syfte, metod, resultat samt diskussion. Av dessa svarade 25 artiklar mot litteraturstudiens syfte vilka delades upp och lästes samt utforskades ingående i sin helhet varpå materialet skiftades. För denna granskning användes inget objektivt protokoll utan urvalet av artiklar gjordes utifrån subjektiva bedömningar av relevans och kvalitet. Artiklarna granskades efter kvalitetsprotokoll gemensamt. En separat granskning hade varit en ytterligare garanti för en hög kvalitet som inte påverkades av en gemensam förförståelse kring ämnet.

Kvalitetsprotokollet av Carlsson och Eiman (2003) modifierades då originalmallen var utvecklad för lungcancerpatienter varpå denna kategori togs bort. Ytterligare en poänggrad lades till avseende artiklarnas självkritik och felkällor då denna kategori i originalversionen endast kunde bedömas som låg eller god. En medelpoäng ansågs vara av vikt då spektrumet mellan låg och god var omfattande.

Protokollet valdes då bedömning efter kategorier gav redan bestämda poäng och bedömning blev på så vis mer objektiv, till skillnad från protokoll utan poängskala där bedömning av kvalitetsgrad hade blivit mer godtycklig. Negativa aspekter av att använda detta protokoll var att en vägning mellan de olika delskalorna saknades. En artikel med hög relevans för litteraturstudiens syfte kunde få lägre poänggrad p g a sämre metodbeskrivning, och en mycket välskriven artikel bedömdes vara av hög kvalitet men hade färre användbara resultat. Detta ledde till att artiklar med högre poäng valdes bort till förmån för artiklar med något lägre poäng då dessa var mer relevanta för litteraturstudiens syfte.

Tre av de utvalda studierna (Singh et al, 2006; Paquette et al, 2000; Koponen et al, 2007) ingick som delstudier i större studier och undersökte specifika aspekter som berörde litteraturstudiens syfte. Detta var anledningen till att de valdes ut. Dock erhöll de lägre poäng i kvalitetsbedömningen p g a att metoden endast beskrevs kortfattat i artikeln då författarna hänvisade till originalstudien för en mer utförlig beskrivning. Enligt Goodman (1993) bör ej två artiklar som beskriver samma studie med olika forskningsfrågor räknas till bevismängden, dock påpekas ej att en sådan delrapport inte alls bör användas. Emellertid hade det varit önskvärt att använda den över-

gripande studien då detta hade erbjudit en mer omfattande metodbeskrivning och därmed högre kvalitet enligt protokollet av Carlsson och Eiman (2003).

Resultaten som presenteras i litteraturstudien kan av denna anledning bidra till viss nedsatt reliabilitet då enstaka artiklar med hög kvalitet valts bort. Vissa artiklar med lägre kvalitet valdes ut på ett mer intressant och relevant resultat för litteraturstudien. Detta kan ha medfört ett annat urval om artikelgranskningen utförts av andra författare. Huruvida de utvalda artiklarna var representativa för den totala artikelmängden för detta ämnesområde kan ifrågasättas och påverkade eventuellt innehållsvaliditeten. Enligt Polit & Beck (2006) finns inga helt objektiva tillvägagångssätt att bedöma en metods innehållsvaliditet (a a). De artiklar som funnits och granskats refererade till varandras studier vilket tyder på ett internt sammanhang. Då artiklar valts ut från det samlade artikelmaterialen bekräftas en viss representativitet.

Tematiseringen i litteraturstudien är hämtat direkt utifrån syftet. Denna indelning garanterar att de båda aspekterna i syftet behandlas vilket försvårar en annan indelning då detta inte skulle svara mot syftet. Dock fanns ej samma beständighet gällande kategorisering. Subjektiv bedömning av resultat innehåll ledde till den befintliga kategoriindelningen vilken kan inneha eventuella brister. I resultatanalysen vållade detta moment mest tankemöda.

Artiklarnas representativitet var ej fokus för kvalitetsbedömning och urval och har beaktats först i diskussionsdelen.

Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen kommer upptäckter från artiklarnas resultat diskuteras utifrån patienters kunskap om förmaksflimmer samt vad som påverkar livskvalitet i samband med sjukdomen. Intressanta binynd berörs och diskuteras utifrån betydelse för allmänsjuksköterskans yrkesutövning. Resultatet kommer även diskuteras utifrån Carnevalis (1992) omvårdnadsmodell med fokus på hur allmänsjuksköterskan på bästa vis ska kunna medverka till att öka patienter med förmaksflimmers medvetenhet och kunskap om sin sjukdom.

De valda artiklarna bedömdes vara av varierande kvalitet och undersökte något varierande företeelser, dock inom ramarna för litteraturstudiens syfte. Detta medförde vissa svårigheter att sammanställa ett entydigt resultat och emellanåt upplevdes det som spretigt. Urvalet i flertalet använda studier hämtades från specialistmottagningar för patienter med förmaksflimmer främst i Kanada och USA och hade i flera fall ett stort bortfall. Dessa faktorer kan ha bidragit till att resultatet kan anses ha en lägre generaliserbarhet än önskat.

Flera studier (Kang et al, 2004; Paquette et al, 2000; Dorian et al, 2000) påvisade i sina resultat en sämre generell livskvalitet hos patienter med förmaksflimmer jämfört med friska kontrollpersoner. Dessa slutsatser grundas på resultat från mätinstrumentet SF-36 där, som beskrivits tidigare, deltagarna själva fått värdera olika påståenden. Dessa grupperas och utgör tillsammans olika delskalor som ska representera varierande aspekter av livskvalitet. Instrumentet är det mest frekvent förekommande i de använda artiklarna, vilket har gjort jämförelser av livskvalitet mellan de olika

studierna acceptabla. De slutna frågorna med svarsalternativen underlättade jämförelsen av livskvalitetsnivå dock finns igen garanti för att alla individuella aspekter av förmaksflimmer återspeglas.

Faktorer som påverkar livskvalitet

Ovan nämnda studier (Kang et al, 2004; Paquette et al, 2000; Dorian et al, 2000) visade att patienter med förmaksflimmer hade sämre livskvalitet i form av sämre fysisk och mental hälsa jämfört med friska individer. Enligt Carnevali (1992) är det viktigt för sjuksköterskan att identifiera hur det patologiska tillståndet påverkar den enskilda individens inre och yttre resurser för att kunna hjälpa denne att återfå balans mellan krav och resurser i det dagliga livet.

Då resultatet antyder att förmaksflimmer i hög grad påverkar dessa individers resurser måste omvårdnaden fokusera på att hjälpa och stöda den individuella förmågan att upprätthålla balans. Detta beskriver också Carnevali (a a) i sin omvårdnadsmodell där livskvalitet uppnås genom balans mellan krav i dagligt liv och resurser (a a).

Howes et al (2001) konstaterade att förmaksflimmer inte påverkade graden av fysisk aktivitet negativt. Deltagarna med förmaksflimmer hade snarare en ökad grad av fysisk aktivitet jämfört med kontrollgruppen. I studien av Singh et al (2006) konstaterades i resultatet att fysisk prestationsförmåga hade en positiv inverkan på livskvalitet hos patienter med förmaksflimmer. Högre maximal prestationsförmåga visade sig samvariera med bättre fysisk funktion samt generellt bättre hälsa. Fysisk prestationsförmåga kan då utifrån Carnevalis (1992) modell betraktats som en färdighet och därmed en av de inre resurserna. En hög fysisk prestationsförmåga medförde en bättre fysisk funktion och kunde därmed balansera sjukdomens negativa effekter på dagligt liv. Ur sjuksköterskans perspektiv finns då med stöd av resultatet starka argument för att uppmuntra patienten till fysisk aktivitet för att främja den positiva effekt som ökad prestationsförmåga medförde.

Hög grad av fysisk prestationsförmåga visade sig dock inte ha någon påverkan på den mentala livskvaliteten (Singh et al, 2006). Ett oförmodat resultat, då fysisk aktivitet och träning anses frisätta beta-endorfiner vilka ger en lugnande samt stämningshöjande effekt och då en positiv effekt på den mentala hälsan samt välbefinnandet (Kjellman i Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2003).

Ong et al (2006) påvisade i sin studie att symtomupptagenhet gav en minskad effekt av optimism på livskvalitet. D v s att den positiva effekten av att vara optimistisk var inte tillräcklig för att överstiga den negativa effekt som förmaksflimmer med samtidig symtomupptagenhet gav på den mentala livskvaliteten. Patienter som upplever sig själva som optimistiska kan tänkas vara mer kompetenta att åsidosätta sina symtom varpå deras vardag inte i lika hög grad styrs av symtomupptagenhet. Detta kan då påverka den mentala livskvaliteten positivt. Att inneha ett optimistiskt tankesätt påverkade dock inte den fysiska livskvaliteten (a a). Här uppstår enligt Carnevali (1992) en obalans i det dagliga livet där kraven ökar trots en god inre resurs i form av optimism eller enligt Carnevalis benämning, motivation. Trots en god inre resurs i form att vara optimistisk och kunna se bortom det svåra råder

obalans. Med detta som utgångspunkt bör sjuksköterskan identifiera vilka yttre resurser som finns tillgängliga samt vilka resurser som är accepterade av patienten för att kunna öka dennes fysiska livskvalitet för att åter få balans mellan krav och resurser.

Kunskap

Flera studier (Koponen et al, 2007; Lip et al, 2002; McAlister et al, 2005) påvisade att patienter med förmaksflimmer hade otillfredsställande kunskap om sin sjukdom gällande etiologi, symtom, antikoagulationsbehandling och risker. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) beskrivs sjukvårdspersonalen grundläggande informationsskyldigheter. Detta tas fasta på i den etiska koden för sjuksköterskor (International Council of Nurses, 2006) där patienten bör erhålla den mängd och typ av information så att han eller hon kan upprätthålla följsamhet i behandling.

I studien av McAlister et al (2005) påvisades en över lag låg inre konfliktnivå gällande beslutsförmåga hos patienter med förmaksflimmer. Dock visades att om patienter mottog utökad information om sjukdom, orsaker och risker sjönk konfliktnivån och dessa upplevde sig ha lättare för att fatta beslut. Detta grundade sig i upplevelsen av bättre informationsunderlag för beslut samt tydligare värderingar för beslutsalternativ. Arborelius (i Klang Söderkvist, 2008) menade att för att verkligen nå fram till en patient borde sjukvårdspersonal ha som mål att skapa gynnsammare förutsättning för eget ställningstagande till livsstil och engagemang. Detta i enlighet med studiens (McAlister et al, 2005) resultat som visade att medvetenheten ökade och beslutsförmågan underlättades genom anpassad information.

I studien av McAlister et al (a a) påvisades att trots att den inre konfliktnivån minskade upplevde patienter som erhöll den utökade informationen en större osäkerhet än patienter som informerades enligt gällande rutiner vid sjukvårdsbesök. Varför utökad information ledde till en ökad osäkerhet hos dessa förmaksflimmerpatienter diskuterades ej av författarna i studien. Eventuellt kan detta bero på att vetskap om sjukdomens komplexitet, vilka risker den kan medföra samt konsekvenserna av att påbörja antikoagulationsbehandling eller ej medför förvirring. Då en stor mängd information med flera alternativ presenteras för patienten utan filtrering kan det medföra rädsla och osäkerhet inför hantering av de faktiska konsekvenser som sjukdomen kan medföra för individen. Ett av Carnevalis (1992) krav i det dagliga livet utgörs av förväntningar i vardagen. Informationsmaterial som syftar till att stärka patientens kunskap och beslutsförmåga kommer troligen att öka patientens förväntningar på sig själv. Detta kan medföra både positiva och negativa konsekvenser beroende på patientens förmåga att hantera de krav som ökade förväntningar medför (a a). För deltagarna i studien av McAlister et al (2005) kunde ökad kunskap vara både ett krav och en resurs. I övriga studier (Koponen et al, 2007; McCabe et al, 2008; Lip et al, 2002) behandlades kunskap som en inre resurs utan reflektion över huruvida den kunde innebära ett krav på individen.

Carnevali (1992) identifierar kunskap samt kommunikation som två av de inre resurserna (a a). Då patienterna erhåller utökade resurser i form av information förstärks deras funktionella förmåga och krav såsom sjukdomsdiagnos och läkemedelsbehandling kan enklare balanseras. Resultatet av en informationsintervention

(McAlister et al, 2005) indikerade en positiv effekt på patienternas kunskap. I sjuksköterskans arbete kan detta få effekten att mer tid läggs på att förbättra sjuksköterskans informerande roll för att öka patientens inre resurser. Att sjuksköterskan är en yttre resurs för patienten bestyrks genom detta resultat. Inga funna studier undersökte effekten av undervisning på patienternas kunskap om förmaksflimmer. Dock kan det tänkas att effekterna av undervisning skulle överstiga effekterna av information då undervisning innebär ett ömsesidigt utbyte där meningsfulla erfarenheter, förväntningar och upplevelser tillåts påverka formen för lärandesituationen (Klang Söderkvist i Fossum, 2007).

Egenvårdsbeteende hos patienter med förmaksflimmer visade sig vara bristande och deltagarna i studien av McCabe et al (2008) följde inte givna rekommendationer från sjukvårdspersonalen. Detta fenomen beskrivs i annan litteratur (Hansson Scherman i Klang Söderkvist, 2008) som vanligt förekommande och utgör ett stort kvarstående problem trots ansenligt forskning inom området (a a). Enbart förmedling av kunskap anses ej vara tillräckligt för att påverka en människas egenvårdsbeteende. Förändringen bör vara rotad i individen innan den kan få effekt på beteendet (Arborelius i Klang Söderkvist, 2008). För sjuksköterskans patientundervisning skulle detta kunna innebära ett mer empatiskt förhållningssätt i bemötandet samt upprepade undervisningstillfällen (a a).

Av de studier som undersökte kunskapsnivå hos patienter med förmaksflimmer, kontrollerade en (Koponen et al, 2007) hur kunskapen förändrades över tid. Resultaten visade att utan upprepning av undervisningen, så hade patienter efter tre månader till viss del glömt den information de erhållit vid studiens början (a a).

Tidsaspekten beaktades även i studien av McAlister et al (2005) där de positiva effekterna av en informationsintervention för patienter med förmaksflimmer, försvann efter 12 månader. Enligt Josephson (i Klang Söderkvist et al, 2008) minns patienter igenomsnitt endast hälften av den information sjukvårdspersonalen ger dem. Med ovan nämnda i åtanke kan det vara rimligt för sjuksköterskan att tänka på att den information som skall förmedlas bör vara kort och kärnfull och upprepas efter en viss tid. Hade undervisning legat som grund för lärandet hade upprepning eventuellt ej behövts då denna form utvecklas specifikt för att kunskapen ska stanna hos patienten (Klang Söderkvist i Fossum, 2007).

Intressanta bifynd

Resultaten av två studier (Koponen et al, 2007; McCabe et al, 2002) indikerade faktorer såsom ålder, kön och utbildningens påverkan på kunskapsinhämtning. Carnevali (1992) menar att det finns tre komponenter som ligger till grund för och bildar fokus i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Den normala biologiska åldersrelaterade utvecklingen är ständigt pågående processer som påverkar dagliga aktiviteter och patientens reaktion på sin sjukdom. Hänsyn bör tas till personens nuvarande fas i den åldersrelaterade utvecklingen då denna påverkar hur situationer upplevs och hanteras. Den tredje utgörs av det patologiska tillståndet som sjuksköterskan betraktar utifrån dess inverkan i patientens dagliga liv. Endast medicinsk behandling utifrån symtom är inte tillräcklig för att uppnå balans i det funktionella hälsotillståndet utan bör enligt Carnevali (a a) även utgå från hur den påverkar krav

och resurser i patientens dagliga liv. Med stöd i ovan nämnda resultat bör sjuksköterskans undervisning anpassas efter patienten för att kunna möta patienten på en acceptabel och meningsfull nivå.

Ytterligare ett intressant bifynd som återfanns i resultatet var att flera studier (Paquette et al, 2000; Thrall et al, 2007; Koponen et al, 2007; McCabe et al, 2008) indikerade att det fanns betydande skillnader mellan män och kvinnor med förmaksflimmer avseende livskvalitetspåverkan och kunskapsnivå. Kvinnor upplevde sämre livskvalitet, hade tendens till att somatisera i högre grad och hade episoder av svårare samt mer frekventa symtom än män (a a).

Den största delen av forskningen på patienter med förmaksflimmer skiljde inte könen åt i resultatbeskrivningen. Förmaksflimmer är något mer prevalent bland män jämfört med kvinnor (Socialstyrelsen, 1997). Med stöd i detta kan det anses rimligt att de flesta informanterna i studierna var män vilket var fallet i samtliga inkluderade studier med undantag för studien av McCabe et al (2008). Viktigt att notera är att resultaten från dessa studier analyserades och generaliserades till att gälla samtliga förmaksflimmerpatienter, vilket medförde att vinkeln för forskningen fick ett manligt perspektiv. Detta var då i enlighet med Gemzöes (2002) beskrivning av ett genus-system med ett ojämnt dualistiskt förhållande mellan det manliga och det kvinnliga, med mannen som norm och kvinnan som det avvikande. Denna könsordning genom-syrar samtliga nivåer av mänskligt liv och där innefattas kunskapens område. Androcentrism d v s att fokus i forskningen är män och mäns handlingar, har länge satt sin prägel på vetenskapstraditionen (a a). Litteraturstudiens resultat återspeglar Gemzöes (a a) tankar om detta. Dock återfanns i ett fåtal artiklar enstaka resultat som belyste kvinnliga patienters krav och funktionella hälsotillstånd i det dagliga livet.

Ett annat bifynd återfanns i studien av Lip et al (2002) som påvisade att patienter med olika etnisk bakgrund hade varierade uppfattning om vad som påverkade deras sjukdom. De flesta indo-asiater ansåg att kontrollen låg hos gud eller i deras tro emedan de flesta afro-karibier ansåg att de själva kunde kontrollera sitt förmaksflimmer (a a). Detta är en viktig aspekt att ha i åtanke i och med att vårt samhälle blir allt mer mångkulturellt. Tro, värderingar och traditioner varierar mellan olika kulturer och påverkar den enskilda individen. Att få en sjukdomsdiagnos i ett land som Sverige, där vetenskapligt tänkande är en tradition och en bärande grund för hälso- och sjukvården, innebär inte att individen fäster mindre vikt vid tron att något annat än vetenskapen kan påverka. Enligt lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) skall sjukvårdspersonal arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och samtidigt påpekar etiska koder att sjuksköterskan ska visa respekt för individens värdighet och mänskliga rättigheter oberoende av ålder, hudfärg, tros-uppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status (International Council of Nurses, 2006). Det är viktigt för sjuksköterskan att anpassa rekommendationer och undervisning utifrån den enskilda patientens värderingar för att hon/han ska uppleva det meningsfullt att följa dem (Arborelius i Klang Söderkvist, 2008). För många människor kan tron vara en källa till mod och motivation att finna lösningar på problem, vilka Carnevali (1992) benämner som några av de inre resurserna. Tron kan

därmed verka som ett medel för balans mellan inre och yttre resurser och krav i det dagliga livet.

Förslag till fortsatt forskning

I sökandet efter information om hur patienter upplevde sin sjukdom och hur de uppskattade sin livskvalitet hittades enbart studier med kvantitativ ansats, de flesta med metoder som grundades på användandet av formuläret SF-36. Validiteten hos detta instrument bekräftades upprepade gånger och tillät jämförelse av resultat. Dock hade eventuellt resultat från studier som beskriver patienters egna berättelser om vad de ansåg utgöra livskvalitet, kunnat tillföra ett önskvärt djup och en mångfald av uppfattningar kring livskvalitet. Sådana studier fanns ej att tillgå och därför är studier med kvalitativ ansats med denna patientgrupp ett förslag till fortsatt livskvalitetsforskning.

Avseende kunskapsförbättring hos patienter med förmaksflimmer finns ett eventuellt behov av fler studier vars syfte är att utvärdera ett specifikt undervisningsprogram för dessa då endast informationsinterventioner har funnits. Detta för möjligheten att utforma konkreta kliniska rekommendationer för allmänsjuksköterskans patientundervisning.

SLUTSATS

Patienter med förmaksflimmer påträffas överallt inom vården och återkommer i många fall frekvent. Patientgruppen kommer allmänsjuksköterskan sannolikt att komma i kontakt med någon gång under sitt yrkesverksamma liv. Det är av stor vikt att förstå hur dessa patienter upplever livskvalitet då de vanligen tillbringar en kort tid på avdelningen vilket kan medföra att deras upplevelser inte hinner synliggöras.

Resultatet i litteraturstudien tydde på att livskvaliteten hos patienter med förmaksflimmer var sämre än hos friska personer. Den påverkades ej endast av sjukdomsdiagnosen i sig utan av faktorer så som mental hälsa och sinnesstämning, symtomfrekvens och -intensitet, fysisk funktion och aktivitet samt förfluten tid sedan diagnostillfället. Genom en förståelse för hur livskvaliteten påverkas av olika faktorer vid förmaksflimmer kan allmänsjuksköterskan planera en stor del av den specifika omvårdnaden redan före patienten befinner sig på avdelningen. I mötet med patienten kan sedan omvårdnaden i sin helhet utformas individuellt.

Flera studier konstaterade att kunskapen hos patienter med förmaksflimmer är bristfällig samt att den varierar inom patientgruppen. Tillförd information medförde ökade medvetenhet om sjukdom och risker. Dock utan upprepning förlorades delar av kunskapen över tid. Resultaten tyder på att det finns brister i undervisning för dessa patienter och mer forskning behövs för att kunna utforma undervisningsprogram specifikt för dessa patienter.

REFERENSER

- ACC/AHA/ESC (2006) ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: full text. *Europace* 2006 (8), 651–745
- Almås, H et al (2001) *Klinisk omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber AB
- Apoteket (2005) *Hjärtrytmrubbningar i Läkemedelsboken*. Stockholm: Apoteket AB
- Asplund, K et al (2002) *Internmedicin*. Stockholm: Liber AB
- Barnes, J et al (2002) *Herbal medicines: a guide for health care professionals*. London: Pharmaceutical Press
- Beck- Friis, B & Strang, P (2005) *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB
- Bjålie, J-G et al (1998) *Människokroppen – fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber AB
- Brülde, B (2003) *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur
- Caap-Ahlgren, M (2003) *Health-related quality of life in persons with Parkinson's disease. Aspects of symptoms, caregiving and sense of coherence*. Lund University: Faculty of Medicine
- Carlsson & Eiman (2003) *Evidensbaserad omvårdnad – Rapport nr 2*. Malmö Högskola: Hälsa och samhälle
- Carnevali, D (1992) *Sykepleieplanlegging*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S
- Deaton, C et al (2003) Patient experiences with atrial fibrillation and treatment with implantable atrial defibrillation therapy. *Heart and Lung*, 32(5), 291-299
- DeSantis L & Ugarriza D N (2000) The Concept of Theme as Used in Qualitative Nursing Research. *Western Journal of Nursing Research*, 22(3,) 351-372
- Dorian, P et al (2000) The Impairment of Health-Related Quality of Life in Patient With Intermittent Atrial Fibrillation: Implications for the Assessment of Investigational Therapy. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(4), 1303-1309
- Ericson, E & Ericson, T (2008) *Medicinska sjukdomar - Specifik omvårdnad – Medicinsk behandling – Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur
- Fossum, B (2007) *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur

- Färnlöf, Å & Tunón, H (2004) *Naturläkemedel 2004*. Stockholm: Svensk egenvård.
- Gemzöe, L (2002) *Feminism*. Stockholm: Bilda förlag
- Goodman, C (1993) *Literature Searching an Evidence Interpretation for Assessing Health Care Practices*. Stockholm: SBU
- Howes, CJ et al (2001) Exerciser Tolerance and Quality of Life in Elderly Patinets with Chronic Atrial Fibrillation. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, 6 (1), 23-29
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Institute for Clinical Systems Improvement (2008) *Health Care Guideline: AtrialFibrillation*. >http://www.icsi.org/atrial_fibrillation__guideline_/atrial_fibrillation__guideline__38782.html< 2008-11-18
- International Council of Nurses (2006) *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Switzerland: Geneva > <http://www.icn.ch/icncode.pdf>< 2008-11-11
- Kang, Y et al (2004a) Health-related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 71-76
- Kirkevold, M (1994) *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur
- Klang Söderkvist, B et al (2008) *Patientundervisning* Lund: Studentlitteratur
- Koponen, L et al (2007) Patient knowledge of Atrial Fibrillation: 3-month follow-up after an emergency room visit. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 51-61
- Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)
- Lip, GYH et al (2002) Ethnic Differences in Patient Perceptions of Atrial Fibrillation and Anticoagulation Therapy The West Birmingham Atrial Fibrillation Project. *Stroke*, 33, 238-244
- McAlister, FA et al (2005) Impact of a patient decision aid on care among patients with nonvalvular atrial fibril-ation: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Assoication Journal*, 173(5), 496-501
- McCabe, PJ et al (2008) Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation. *Heart and Lung*, 37(2), 79-90
- Ong, L et al (2006) Psychological correlates of quality of life in atrial fibrillation. *Quality of Life Research*, 15, 1323-1333

- Paquette, M et al (2000) Role of Gender and Personality on Quality-of-Life Impairment in Intermittent Atrial Fibrillation. *American Journal of Cardiology*, 86, 764-768
- Patton, MQ (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. California, USA: Sage Publications Inc:
- Persson, J & Stagno M (2008) *Perssons kardiologi – hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur
- Polit, D F & Beck, C T *Essentials of Nursing Research - Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins
- Reynolds, MR et al (2008) Quality of Life in Atrial Fibrillation: Measurements tool and Impact of Intervention. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*.19 (7) 762-768
- SBU (2007) *Självtestning och egenvård vid användning av blodproppsförebyggande läkemedel* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering
- Shea, J B & Sears S F (2008) A Patient's Guide to Living With Atrial Fibrillation. *Circulation*, 117, 340-343
- Simonsen, T et al (2004) *Illustrerad farmakologi 2*. Stockholm: Natur och Kultur
- Singh, S et al (2006) Quality of Life and Exercise Performance in Patient in Sinus Rhythm Versus Persistent Atrial Fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(4), 721-730
- Socialstyrelsen (1997) *Förmaksflimmer*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2008) *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 1995:5, *Vårdens svåra val del 2* ><http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/24/f2692c9f.pdf> < 2008-10-01
- Thrall, G et al (2007) Depression, Anxiety and Quality of Life in Patient With Atrial Fibrillation. *Chest*, 132, 1259-1264
- True Hills, M (2008) Patient Perspectives: Living With Atrial Fibrillation ><http://www.eplabdigest.com/articles/Patient-Perspectives-Living-With-Atrial-Fibrillation>< 2008-10-10

Yee, A C & Rosewitz, B (2003) Getting to the Heart of Atrial Fibrillation. *Nursing Management*, 34(9), 21-28

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2003) *FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdoms-
prevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

BILAGOR

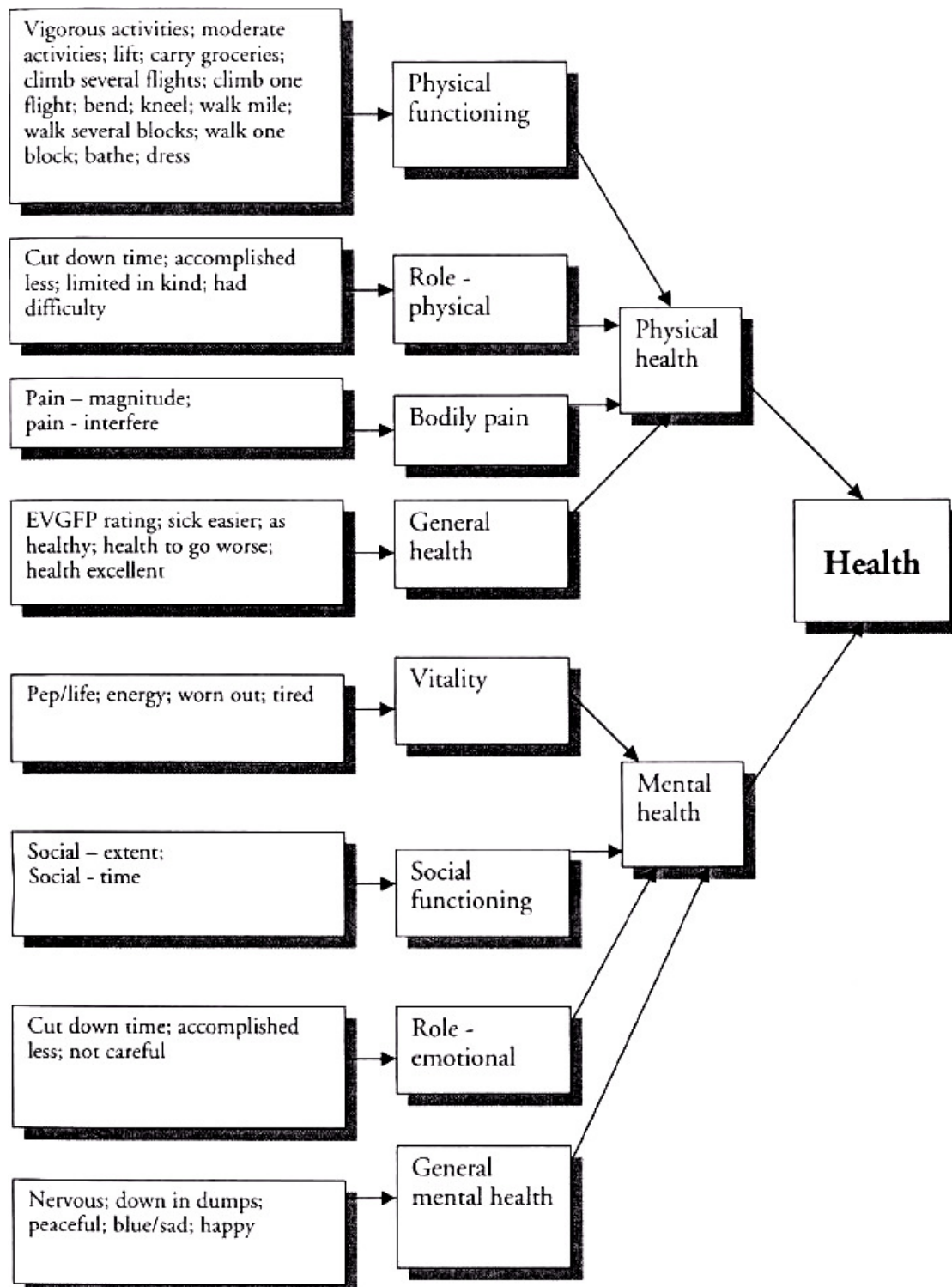
Bilaga 1: Frågeformulär SF-36, hälsogranningsinstrument

Bilaga 2: Carnevalis balansmodell

Bilaga 3: Bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

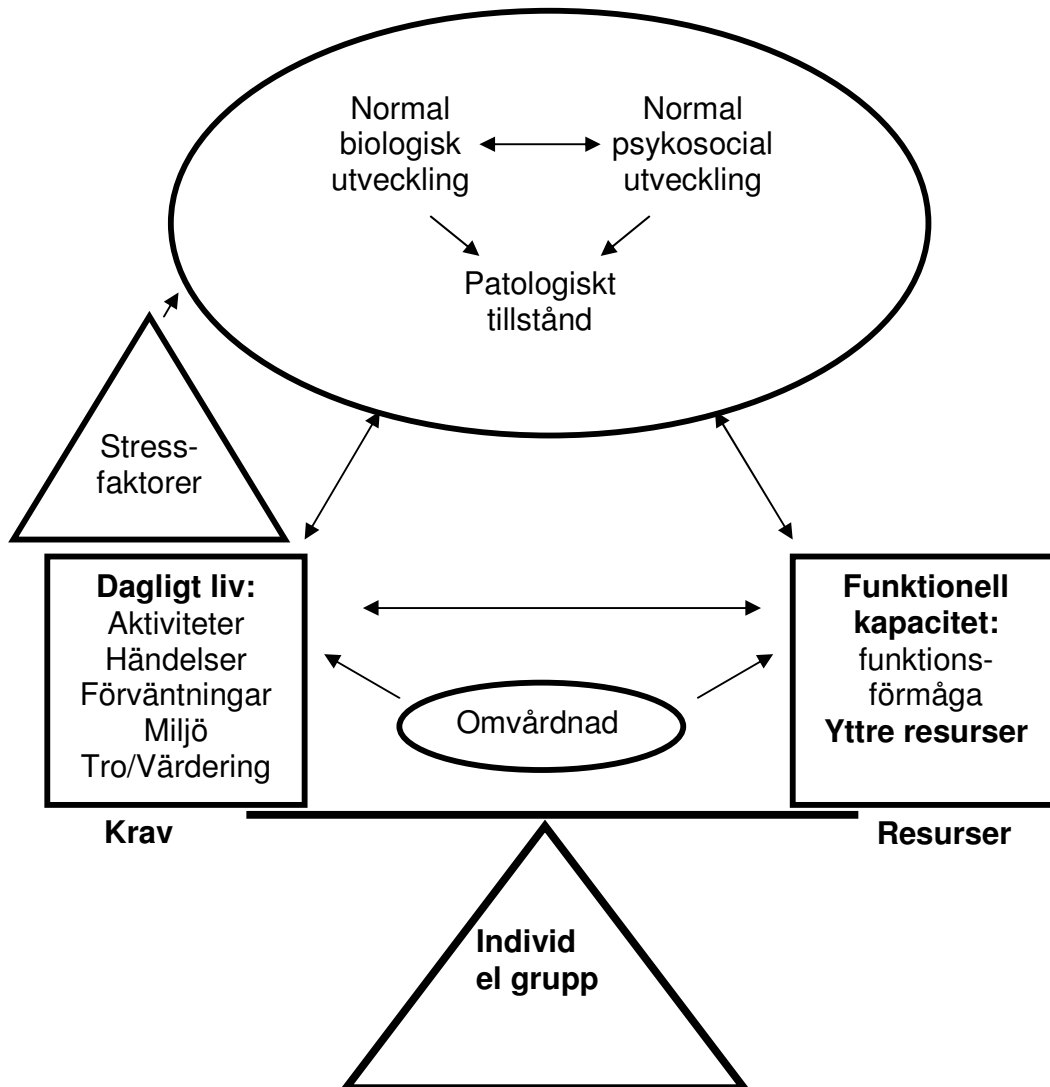
Bilaga 4: Matris över kvalitetsgranskade artiklar använda i litteraturstudiens resultatdel

Bilaga 1



Figur 1. Mätinstrumentet SF-36 med moment, delskalor och sammanfattande hälsostatus och livskvalitet. Ur Caap-Ahlgren (2003, s 21)

Bilaga 2



Figur 2. Schematisk bild över Carnevalis balansmodell. Efter Kirkevold (1994, s 128)

Bilaga 3

Bedömningsmall för studier med kvantitativ metod. Efter: Carlsson & Eiman (2003)

Titel

Författare

Poängsättning	0	1	2	3
Abstract (syfte, metod, resultat)	Saknas	1/3	2/3	3/3
Introduktion/Bakgrund	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metod val adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (replikerbarhet)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning och representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20 %	5-20 %	<5 %
Bortfall med betydelse för resultat	Analys saknas	Analys finns		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning av tabeller etc.)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultat (kod, citat, teori)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egen kritik och bias	Saknas	Låg	Medel	God
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överrensstämmelse med resultatet	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 45 p)	p	p	p	p
			Summa	
			%	
			Grad	

Grad I: 80 %

Grad II: 70 %

Grad III: 60 %

Bilaga 4**(1:4)**

Matris över kvalitetsgranskade artiklar använda i litteraturstudiens resultatdel

Författare, år, titel & land	Studie-design	Syfte	Metod	Resultat	Poäng & gradering
1. Dorian, P et al (2000) <i>The Impairment of Health-Related Quality of Life in Patients With Intermittent Atrial Fibrillation: Implications for the Assessment of Investigational Therapy.</i> Kanada	Kvantitativ, tvärsnittsstudie med fall-kontroll-design	Undersöka intermittent FFs inverkan på HRLK	152 FF-patienter, 69 hjärtpatienter och 47 friska kontroller fyllde i formulär om HRLK, symtom och funktionell kapacitet.	FF- och hjärtpatienter hade liknande poäng gällande HRLK och båda sämre än friska. Något sämre för FF-patienter på alla punkter utom generell hälsa och fysisk funktion.	39 p och grad I
Artikeln av Dorian et al (2000) valdes ut p g a tydliga resultat samt en bra diskussion. Förlorade poäng på metodbeskrivning samt utebliven analys av bortfall och dess betydelse.					
2. Howes, CJ et al (2001) <i>Exerciser Tolerance and Quality of Life in Elderly Patients with Chronic Atrial Fibrillation.</i> USA	Kvantitativ tvärsnittsstudie med fallkontroll-design	Undersöka om kroniskt FF hos äldre förknippas med lägre fysisk aktivitetsnivå och LK.	45 FF-patienter > 60 år jämfördes med 45 kontroller med sinusrytm. Intervjuades om sociodemografiskt status, fysiologitester, LK-formulär, fysisk aktivitetsformulär och motionstest.	Inga signifikant skillnader i motion eller fysisk aktivitet. FF-patienter hade sämre social funktion och fler emotionellt relaterade problem	32 p och grad II
Artikeln av Howes et al (2001) valdes ut p g a intressanta resultat. Hade en bra diskussion. Gavs lägre poäng för knapphändig introduktion, måttligt beskriven metod, litet urval, stort bortfall som ej analyserades.					
3. Kang, Y et al (2004) <i>Health-related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation.</i> USA	Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Beskriva HRLK och undersöka hur symtomsvårighet påverkar denna hos nydebuterade FF-patienter.	81 FF-patienter intervjuades standardiserat utifrån formulärfrågor om HRLK och symtomsvårighet. Samband undersöktes och jämfördes med tidigare studie.	FF-patienter uppfattade sin fysiska och mentala hälsa sämre än genomsnittsbefolkningen. Signifikant samband mellan symtomsvårighet och – frekvens och sämre HRLK.	33 p och grad II
Artikeln av Kang (2004) valdes ut p g a välbeskriven metod och tydliga resultatstabeller. Förlorade poäng p g a bortfall ej angavs, lägre reliabilitet än önskat samt ingen egenkritik.					

FF – förmaksflimmer

Paox. FF – paroxysmalt förmaksflimmer

HT - hypertoni

LK – livskvalitet

HRLK – hälsorelaterad livskvalitet

(2:4)

Författare, år, <i>titel</i> & land	Studie-design	Syfte	Metod	Resultat	Poäng & gradering
4. Koponen, L et al (2007) <i>Patient knowledge of Atrial Fibrillation: 3-month follow-up after an emergency room visit.</i> Finland	Kvantitativ, kohortstudie. Delstudie	Bedöma patienters kunskap om FF och vad som bestämmer kunskapen.	200 FF-patienter fyllde i formulär för kunskapsmätning dag 0 och 3 månader efter akutbesök.	God symtom- och behandlingskunskap, sämre om FF, antikoagulation, farmakologi och hjärtfysiologi. Något förbättrad kunskap efter 3 månader.	39 p och grad I
Artikeln av Koponen et al (2007) valdes ut p g a god metodbeskrivning, tydliga och intressanta resultat samt utförlig diskussion. Stort bortfall.					
5. Lip, GYH et al (2001) <i>Ethnic Differences in Patient Perceptions of Atrial Fibrillation and Anticoagulation Therapy The West Birmingham Atrial Fibrillation Project.</i> Storbritannien	Kvantitativ tvärsnittstudie.	Undersöka skillnader i kunskapsnivå och uppfattningar om FF mellan olika etniska grupper samt anti-koagulationsanvändning	39 indo-asiater, 27 afrikansk-karibiska och 53 kaukasiska FF-patienter fick information om FF och behandling. Fyllde i formulär om uppfattningar om FF och Waran och intervjuades standardiserat om FF-kunskap.	Grupperna hade skilda uppfattningar om vem som kontrollerade sjukdomen. Ca 2/3 av alla kunde namnge sin sjukdom. Indo-asiater hade svagast uppfattning om sjukdomen. Afrokaribiska mest riskmedvetna.	38 p och grad I
Artikeln av Lip et al (2001) valdes ut p g a tydligt och intressant resultat, god diskussion och litet bortfall. Något kort metodbeskrivning.					
6. McAlister, FA et al (2005) <i>Impact of a patient decision aid on care among patients with nonvalvular atrial fibrillation: a cluster randomized trial.</i> USA	Kvantitativ, randomiserad experimentell studie med fall-kontroll-design	Undersöka om "patient decision aid" (utbildningsmaterial) kan förbättra kunskap och följsamhet	Kunskap och behandlingsföljsamhet mättes i interventionsgrupp (228) och kontrollgrupp (218) vid 2 veckor och 3 månader efter intervention. Kontrollgrupp erhöll sedvanlig utbildning.	Interventionsgrupp ansågs mer väl-informerad och realistiska gällande för- och nackdelar med behandling. Tillbakagång efter 12 månader till ursprunglig (dag 0) kunskapsnivå.	42 p och grad I
Artikeln av McAlister et al (2005) valdes ut p g a sammantaget hög kvalitet på studien och artikeln. Missade poäng p g a något kort introduktion och resultatbeskrivning.					

FF – förmaksflimmer

Paox. FF – paroxysmalt förmaksflimmer

HT - hypertoni

LK – livskvalitet

HRLK – hälsorelaterad livskvalitet

(3:4)

Författare, år, titel & land	Studie-design	Syfte	Metod	Resultat	Poäng & gradering
7. McCabe, PJ et al (2008) <i>Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation.</i> USA	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	Beskriva kunskap och egenvårdsbeteende hos nydiagnostiserade FF-patienter och undersöka om demografiska faktorer påverkar.	FF-patienter fick informationsblad. Standardiserad telefonintervju med 100 patienter efter egen intervjuguide. Pilotstudie testade guiden. Öppna frågor om kunskap om FF, egenvårdsfrågor om anti-koagulation. Max.p. 100/50.	FF-patienter uppvisade signifikant kunskapsbrist 2 veckor efter informationsutdelning. Låga kunskapsnivåer gällande symtom, strokerisk, medicinering. Inga könsskillnader, bättre kunskap hos unga och välutbildade.	37 och grad I
Artikeln av McCabe et al (2008) valdes ut p g a välbeskriven metod, bra tolkning av resultat samt utförlig diskussion. Minskade poäng p g a stort bortfall som dock analyserades samt mindre bra statistisk analys.					
8. Ong, L et al (2006) <i>Psychological correlates of quality of life in atrial fibrillation.</i> Kanada	Kvantitativ, tvärsnittsstudie.	Undersöka om psykologiska faktorer påverkar skillanderna i LK hos FF-patienter	93 FF-patienter fyllde i formulär om sjukdomsörda, personlighet, sjukdomshantering och LK.	Ångest och svårare symtom gav lägre fysisk och mental LK. Optimism och låg psykisk stress gav hög mental LK. Signifikanta förhållanden mellan symtomupptagenhet och LK, symtomsvårighet samt psykologisk stress påvisades.	37 p och grad I
Artikeln av Ong et al (2006) valdes ut p g a välskriven introduktion, tydligt resultat och analys samt utförlig diskussionsdel. Metodbeskrivning var något kortfattad samt stort bortfall.					

FF – förmaksflimmer

Paox. FF – paroxysmalt förmaksflimmer

HT - hypertoni

LK – livskvalitet

HRLK – hälsorelaterad livskvalitet

(4:4)

Författare, år, <i>titel</i> & land	Studie-design	Syfte	Metod	Resultat	Poäng & gradering
9. Paquette, M et al (2000) <i>Role of Gender and Personality on Quality-of-Life Impairment in Intermittent Atrial Fibrillation.</i> Kanada	Kvantitativ, kohortstudie med fall-kontroll-design. Delstudie.	Beskriva skillnader i LK mellan män och kvinnor med FF samt undersöka om personligheten påverkar LK.	294 FF-patienter jämfördes dag 0 med 518 friska kontroller avseende LK. 62 kvinnor och 108 män med FF och fyllde i formulär om LK, funktionell kapacitet, symtom samt benägenhet till somatisering vid dag 0, 3 månader och 12 månader.	FF-patienter sämre LK än friska. Kvinnor generellt sämre LK än män. Kvinnor rapporterade större symtombörda än män. Inga signifikanta förändringar i LK under mätperioden. FF hade sämre resultat än kontroller.	34 p grad II
Artikeln av Paquette et al (2000) valdes ut p g a stort urval, tydlig resultatbeskrivning och analys. Sämre poäng p g a kortfattad metodbeskrivning, utelämnade etiska aspekter samt stort bortfall.					
10. Singh, SN et al (2006) <i>Quality of life and exercise performance in patients in sinus rhythm versus persistent atrial fibrillation.</i> USA	Kvantitativ, kohortstudie med fall-kontroll-design. Delstudie	Undersöka LK och fysisk aktivitetsförmåga hos persistenta FF-patienter	Fallgrupp med FF-patienter (319) och kontrollgrupp med sinus-patienter (305). Formulär för bla LK och löptest jämfördes dag 0, efter 8 veckor och efter 1 år.	Bättre kondition, generell hälsa och LK i sinusgrupp. Signifikant samband mellan kondition och LK i båda grupper över tid.	37 p och grad I
Artikeln av Singh et al (2006) valdes ut p g a hög kvalitet på resultatbeskrivning med flera intressanta fynd och god diskussion. Knapphändig introduktion och metodbeskrivning, avsaknad av etiska aspekter samt utebliven analys av bortfall.					
11. Thrall, G et al (2007) <i>Depression Anxiety, and Quality of Life in Patients With Atrial Fibrillation.</i> Storbritannien	Kvantitativ, kohortstudie med fall-kontroll-design.	Undersöka prevalens och ihållandegrad av depression och ångest hos FF-patienter	Fallgrupp med FF-patienter (101) och kontrollgrupp med HT-patienter (97). Formulär mätte ångest, depression och LK som jämfördes mellan grupperna vid dag 0 och efter 6 månader.	FF ger sämre LK än HT. Depression och ångest ger försämrad LK. Ingen signifikant förändring över tid i grupperna.	35 p och grad II
Artikeln av Thrall et al (2007) valdes ut p g a bra urval och relevant metod, god resultattolkning samt diskussion. Kort introduktion, stort bortfall som ej analyserades, etiska aspekter ej angivna samt sämre egenkritik.					
Totalt antal använda artiklar: 11					

FF – förmaksflimmer
 Paox. FF – paroxysmalt förmaksflimmer
 HT - hypertoni
 LK – livskvalitet
 HRLK – hälsorelaterad livskvalitet