



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

SÖMNPROBLEMATIK

En Litteraturstudie om hjärtviktpatienter och deras närståendes upplevelser av sömnstörningar, trötthet samt dess påverkan i dagliga livet. Hur kan sjuksköterskor stödja patienter och närstående i denna problematik?

LOUISE ALWÉN
SOFIA HOLST

Examensarbete i omvårdnad
46-55p
Sjuksköterskeprogrammet
December 2006

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

SÖMNPROBLEMATIK

En Litteraturstudie om hjärtviktpatienter och deras närståendes upplevelser av sömnstörningar, trötthet samt dess påverkan i dagliga livet. Hur kan sjuksköterskor stödja patienter och närstående i denna problematik?

LOUISE ALWÉN
SOFIA HOLST

Alwén, L & Holst, S. (2006) Sova med fiende, en litteraturstudie om hjärtviktpatienter och deras närståendes upplevelser av sömnstörningar, trötthet samt dess påverkan i dagliga livet. Hur kan sjuksköterskor stödja patienter och närstående i denna problematik? *Examensarbete i omvårdnad, 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2006.

Att leva med hjärtsvikt innebär en ständig oro för både patienten och de närstående. Information och undervisning om den förändrade livssituationen kan ge möjlighet till upplevd hälsa trots de komplikationer hjärtsvikten medför. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patienters upplevelser av sömnstörningar och deras trötthet i relation till hjärtsvikt och hur detta påverkade sömnen och tröttheten hos deras närstående. Författarna ville undersöka närståendes funktion i form av stöd till patienterna och sjuksköterskans stödjande roll till patienter och närstående. Arbetet baseras på tio vetenskapliga engelska artiklar. Artiklarna analyserades utifrån Carnevalis omvårdnadsdiagnostiska modell för dagligt liv och funktionellt hälsotillstånd. Resultatet påvisade betydelsen av information och utbildning till patienten och närstående

Nyckelord: Carnevali, Hjärtsvikt, Närstående, Patienter, Sjuksköterskans roll, Stöd, Sömn och Trötthet

SLEEPINGDISORDER

A literature review of patients with heart failure and their experiences of sleep disorders and fatigue, as well as the effects these issues have on everyday life for both patients and their spouses. How can nurses provide support for these patients and their loved ones?

LOUISE ALWÉN
SOFIA HOLST

Alwén, L & Holst, S. (2006) Sleeping with the enemy. A literature review of patients with heart failure and their experiences of sleep disorders and fatigue, as well as the effects these issues have on everyday life for both patients and their spouses. How can nurses provide support for these patients and their loved ones? *Degree project, 10 Credit points*. Nursing program. Malmo University: Health and Society, Department of Nursing, 2006.

Living with heart failure is a constant worry for patients as well as their spouses. Information and education regarding the changes in life situations can possibly provide a patient with a feeling of good health in spite of the complications that the heart failure can cause. The purpose of this literature review was to describe patient's experiences of sleep disorders and their fatigue in relation to heart failure and how this in turn affected sleep patterns and fatigue of loved ones and family members of the patients. We also wished to observe how and if spouses function as support for these patients but also how and if nurses have a supporting role for the patients and their spouses. This review is based on ten scientific articles. These articles are analyzed based on Carnevali's care diagnostic model for Daily Life and functional health conditions. The results emphasize the importance of information and education for patients as well as for their spouses.

Keywords: Carnevali, Fatigue, Heart Failure, Congestive, Loved ones, Nurse's Role, Patients, Sleep, Spouses and Support

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Epidemiologi	6
Etiologi	7
Patofysiologi	7
Symtom	8
Diagnos och behandling	8
Sömn	8
Trötthet	8
Definition närstående	9
Närstående	9
Omvårdnad	9
Sjuksköterskans ansvarsområde	10
Begränsningar	10
TEORETISK REFERENSRAM	10
Carnevalis definition	11
Det dagliga livet	11
Psykosocial utveckling	11
Biologisk utveckling	12
Medicinsk sjukdom och behandling	12
Inre resurser	12
Yttre resurser	12
SYFTE	12
FRÅGESTÄLLNING	13
METOD	13
Precisera problemet för utvärderingen	13
Tabell 1	13
Precisera inkluderings- och exkluderingskriterier	13
Formulera en plan för litteratursökningen	14
Genomför litteratursökningen och samla in de studier som möter inkluderingskriterierna	14
Tabell 2	14
Tolka bevisen från de individuella studierna	15
Sammanställ bevisen	16
Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet	16
RESULTAT	16
Patienters upplevelser av sömn, trötthet och påverkan på det dagliga livet	16
Närståendes upplevelser av sömn, trötthet och påverkan på det dagliga livet	18

Vilket stöd kan sjuksköterskan ge patienterna	19
Vilket stöd kan sjuksköterskan ge de närstående	20
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	22
Sömn och trötthet hos hjärtsviktspatienter och deras närstående	22
Närståendes stöd	23
Sjuksköterskans roll	24
SLUTSATSER	25
REFERENSER	27
Litteratur	27
Artiklar	28
Internet	29
BILAGOR	30
Bedömningsformulär för kvantitativa artiklar	31
Bedömningsformulär för kvalitativa artiklar	32
Artikelsammanställning (Matris)	33

INLEDNING

Behandling och omhändertagande av patienter med hjärtsvikt har förbättrats avsevärt de senaste årtionden. I Sverige, och andra europeiska länder, ses minskad dödlighet och sjuklighet i hjärtsvikt, trots detta kommer hjärtsviktpatienterna att öka. Anledningen till detta är den förbättrade vården och behandlingen vid akut hjärtinfarkt och hjärtsvikt, dessutom den ökade medellivslängden (Dahlström, 2005). Årskostnaden för hjärtsvikt är 2,8 miljarder kronor (Socialstyrelsen, 2004). Att vårda personer med långvariga sjukdomstillstånd är en betydande del av sjuksköterskors omvårdnadsarbete. Vid långvariga sjukdomstillstånd befinner sig patienten endast en kortare tid på sjukhus för att sedan vårda sig själv eller vårdas av närstående i hemmet (Lindberg- Stenfell, 2002).

Miljö- och livsstilsbetingande faktorer är viktigt för hjärtsviktens uppkomst och utveckling. Preventiva åtgärder är resultatrika och kostnadseffektiva, men dessa används inte fullt ut. Individinriktade insatser är hälso- och sjukvårdens ansvar. Åtgärd mot hjärtsvikt kan inriktas på att förebygga sjukdom så kallade primärprevention, dels förebygga återfall så kallad sekundärprevention (Socialstyrelsen, 2004).

I vårt framtida arbetsliv, tror vi oss möta dessa patienter. Hur sjuksköterskor kan ge stöd till patienter och närstående i omvårdnad kommer att beskrivas. Författarna tar upp hur patienter med hjärtsvikt och deras närstående upplever sömnrörningar och trötthet och hur de påverkas i det dagliga livet.

BAKGRUND

Hjärt-kärlsjukdomar är den vanligaste orsaken till dödsfall bland äldre. Mer än 50 % över 75 år intar läkemedel mot hjärt-kärlsjukdomar dagligen (Larsson & Rundgren, 2003).

Epidemiologi

Hjärtsvikt är den enda hjärtsjukdom (symtom) i västvärlden vars förekomst ökar. Förklaringarna till detta är bland annat, allmänt förbättrad överlevnad och att överlevnaden efter hjärtinfarkt har ökat betydligt, men till priset av nedsatt hjärtfunktion som på sikt kan utvecklas till hjärtsvikt (Ericson & Ericson, 2002, Dahlström, 2005). Medellivslängden fortsätter att öka i Sverige. År 2003 förväntades en nyfödd flicka leva till 82,4 års ålder och en nyfödd pojke till 77,9 års ålder. Detta visar att antalet äldre ökar och utvecklingen förväntas fortsätta så. Detta kommer att innebära att fler drabbas av en ischemisk hjärtsjukdom (Socialstyrelsen, 2005a). Enligt Socialstyrelsen (2004) beräknas prevalensen av hjärtsvikt till ca 2-3% av Sverigesbefolkning, detta innebär att 180 000-300 000 har hjärtsvikt. I Sverige är medelåldern för hjärtsvikt 75 år. Omkring 30 000 personer insjuknar varje år i symtomgivande hjärtsvikt. Patienter med svår hjärtsvikt har en överlevnad på 50 % efter ett år. Prognosen vid hjärtsvikt är sämre än för våra vanligaste cancersjukdomar (a a).

Män insjuknar cirka tio år tidigare än kvinnor beroende på att de oftast drabbas av hjärtinfarkt tidigare än kvinnor. Däremot är prevalensen lite högre hos kvinnor på grund av att de har längre livslängd, vilket innebär att de drabbas av fler sjukdomar som kan orsaka hjärtsvikt (a a). Det har även visat sig att skillnaden i dödlighetsnivå mellan könen är större än dödlighetsnivån i olika sociala grupper. Dödligheten är större bland dem med grundskoleutbildning jämfört med dem med universitetsutbildning (Socialstyrelsen, 2005a). Med modern farmakologisk behandling räknar man med att patienterna med medelsvår hjärtsvikt överlever cirka 6 år efter diagnos. Den enskilde patienten upplever det mer hotande att få diagnosen cancer än hjärtsvikt, detta visar tydligt på den bristande information som allmänheten har av vad hjärtsvikt innebär (Socialstyrelsen, 2004).

Etiologi

I princip kan alla organiska hjärtsjukdomar i avancerade stadier orsaka hjärtsvikt. De vanligaste orsakerna till hjärtsvikt är ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni, tillsammans svarar dessa för 80 % av all hjärtsvikt. Hjärtmuskelsjukdom och sjukdomar i hjärtats klaffapparat är andra orsaker till hjärtsvikt. För att på bästa sätt kunna behandla hjärtsvikt krävs att bakomliggande grundsjukdom behandlas (Dahlström, 2005).

Hjärtsvikt är sekundärt till andra sjukdomar exempelvis ämnesomsättningsrubbingar, anemi, diabetes, infektioner och rytmrubbingar (Ericson & Ericson, 2002). Kronisk lungsjukdom är ett annat vanligt tillstånd som kan leda till hjärtsvikt utan att någon primär hjärtsjukdom föreligger (Dahlström, 2005).

Patofysiologi

Definition av hjärtsvikt enligt Persson (2003)

- ” För hjärtsvikt typiska symtom i vila eller vid ansträngning.
- Objektiva tecken till hjärtsvikt i vila.
- Vid tveksamhet: Gynnsamt svar på hjärtsviktsbehandling.
- Oförmåga hos hjärtat att upprätthålla en adekvat minutvolym; med normala fyllnadstryck; och med bibehållen neurohumoral/ endokrin jämvikt ” (a a s 53).

Hjärtsvikt är ett tillstånd, inte en sjukdom, där hjärtat inte kan förse kroppens olika organ med tillräcklig blodtillförsel (Dahlström, 2005). Man kan ha hjärtsvikt, hjärtinsufficiens eller hjärtinkompensation, (heart failure, congestive, CHF) utan hjärtsjukdom (Persson, 2003).

Vid hjärtsvikt klarar inte hjärtat att utföra sitt pumparbete adekvat. Detta kan dels medföra otillräckligt blodflöde ut från hjärtat, dels sämre förmåga att pumpa vidare det blod som kommer tillbaka till hjärtat. Hjärtsvikt delas in i vänster, höger eller en kombination av båda. Vänstersvikt är när det sker en tryckstegring i vänster hjärthalva, då uppstår stas och tryckstegring i lilla kretsloppet som kan medföra en risk för lungödem. Vid lungstas inkluderas symtom som dyspne vid ansträngning, vid mer uttalade fall även i vila, ortopne samt trötthet vid måttlig ansträngning. Svår dyspne med ångest, cyanos och rosslande andning kan tillkomma i senare stadier. Vid högersvikt ses oftast ödem främst i extremiteterna

och senare även som vätska i bukhålan och lungsäckarna då man har tryckstegring i höger hjärthalva. I det akuta händelseförloppet ses ökad fyllnad av halsvenor och en svullnad av levern. I ett kroniskt skede ses ödemtendens generellt och det kan leda till viktökning (Larsson & Rundgren, 2003).

Symtom

Det finns inget enskilt, specifikt symtom för hjärtsvikt, oftast kännetecknas detta tillstånd av många olika symtom (Persson, 2003). Huvudsymtomen vid hjärtsvikt är dyspne, trötthet, ödem, nattlig hosta, ökad urinmängd nattetid, aptitlöshet, illamående och takykardi (Ericson & Ericson, 2002).

Diagnos och Behandling

För att kunna ställa diagnosen hjärtsvikt, görs en så kallad basutredning. Här ingår Ekokardiografi (ultraljudsundersökning), vilo-EKG, hjärt-lungröntgen, laborierstatus och arbetsprov. Ändamålet med den farmakologiska behandlingen är att minska symtomen, förbättra livskvaliteten och öka överlevnaden (Socialstyrelsen, 2004). Läkemedel som används är ACE-hämmande läkemedel, betareceptorblockerande läkemedel, diuretika, nitroglycerinpreparat och digitalis (Ericson & Ericson, 2002). Målsättningen för den icke farmakologiska behandlingen går ut på att patienten tar kommandot över sin sjukdom (symtom). Detta görs genom att patienten lär sig hitta balansen mellan aktivitet och vila samt mellan vätskeintag och utsöndring (Lindberg - Stenfell, 2002).

Sömn

En tredjedel av vårt liv tillbringar vi i sömn, behovet för nattsömn varierar hos olika individer beroende på ålder (Jönsson, 1995). Vuxna personer sover vanligtvis 7-8 timmar per natt, däremot har äldre personer över 75 år minskad sömnmängd (Halvorsen- Bastöe & Frantsen, 2001).

En längre tids sömnbrist förändrar vårt beteende. Koncentrationsförmågan blir lidande, irritation uppstår och handlingsförmågan blir sämre. Under sömnen sker återhämtningsarbetet i en anabol miljö i motsats till det katabola tillståndet som råder under vaken tid (Jönsson, 1995). Vila och sömn är grundläggande behov hos människor (Halvorsen- Bastöe & Frantsen, 2001). Ödem hos hjärtsviktpatienter kan orsaka störd nattsömn, när patienten lägger sig ner förflyttar sig ödem ut i blodbanan, vilket kan orsaka ortopne, då patienten lider av andnöd och endast kan andas tillfredställande i upprätt ställning (Lindberg- Stenfell, 2002). Fysisk, psykisk avlastning och vila är viktigt för patienter med hjärtsvikt, detta leder till att njurcirkulationen förbättras, utsöndring av urin ökar och därmed minskar ödemen (Haugland et al, 2002). För att minska den störda nattsömnen hos patienter med hjärtsvikt kan diuretikadosen tidigareläggas (Lindberg- Stenfell, 2002).

Trötthet

Trötthet vid hjärtsvikt får konsekvenser i det dagliga livet och kan orsaka bristande egenvård. Både fysisk trötthet och livsleda kan förekomma. Patienten blir trött av den reducerade cirkulationen i musklerna och blir därmed inaktiv,

vilket leder till muskelförsvagning och ökad trötthet (Lindberg- Stenfell, 2002). Patienter med kroniska tillstånd vänjer sig ofta vid känslan av att vara trött och ser på det som en följd av sjukdomen (symtom) eller deras höga ålder med anledning av detta berättar inte patienten om sin trötthet förrän någon frågar om det (Ekman, 2005).

Trötthet är en subjektiv upplevelse som skiljer sig från person till person och är därför svårt att beskriva och mäta. Ordet trötthet används oftast av patienten, men inom vården används fatigue som innebär en svårare form av trötthet. Fatigue är trötthet i hela kroppen utan relation till fysisk ansträngning (a a).

Definition av närstående

Enligt Sand (2002) definieras närstående som den eller de personer som patienten räknar som sina närmaste. Sjukdom drabbar inte bara den sjuke utan hela familjen. De närstående utgörs oftast av de närmaste i familjen, exempelvis man, hustru, sambo, barn eller syskon, men kan även vara vänner.

Närstående

Oftast är den närståendes vilja stor när det gäller att vara till hjälp för den svårt sjuke när det gäller make/maka eller sambo. Det finns olika anledningar till att närstående tar på sig ansvaret för vården av den sjuke. Bland annat känner de ett moraliskt ansvar och en önskan om att inte svika och ge upp för att senare ångra detta. För den som är sjuk och bor kvar i hemmet utgör den närstående den viktigaste resursen, det är i första hand dem som patienten delar sina tankar och sin rädsla för sjukdomen och framtiden. De närstående känner rädsla och ångest inför framtiden och oro för att deras närmaste ska mista livet (a a).

Att ge närstående stöd och hjälp gagnar såväl den sjuke som den närstående samt personalen. Närstående lever nära en annan människas lidande och är både deltagare och åskådare. Detta leder till känslomässiga påfrestningar. Det är viktigt att sjuksköterskan visar de närstående omtanke och visar hur mycket deras stöd betyder för den sjuke. Många närstående är inte nöjda med den offentliga vården när det gäller information och stöd både psyksikt och praktiskt. Även när det gäller hjälp från grannar och anhöriga är de närstående inte alltid tillfreds. Däremot skapar en god vård för den anhörige en känsla av trygghet och förtroende hos de närstående. Den hjälp sjuksköterskan kan bistå de närstående med är att visa yrkesmässig kunskap, känna igen och tolka symtom och lindra den sjukes symtom (a a).

Omvårdnad

Målet för behandling och omvårdnad vid hjärtsvikt är att lindra symtomen, förbättra livskvaliteten och reducera symtomens bakomliggande orsaker samt förhindra komplikationer (Haugland et al, 2002). Vid omvårdnad av patienter med hjärtsvikt är det viktigt att lägga stor vikt på egenvård och undervisning för att patienten ska kunna känna igen tecken på försämring av det egna tillståndet samt kunna vidta relevanta åtgärder (Strömberg, 2005). Olika konsekvenser av hjärtsvikten kan påverka patientens dagliga liv. Tröttheten kan påverka matlusten, patienten bör erbjudas önskekost som är energirik samt små och täta måltider (Fridlund, 1998). Den viktigaste kostrestriktionen är att minska saltintaget.

Natrium håller kvar vätska i kroppen och ökar då belastningen på kretsloppet. Sjuksköterska tillsammans med en dietist bör hjälpa patienten att utforma en kostlista (Haugland et al, 2002).

Fullständigt sängläge eller delvis sängläge kan bli nödvändigt, som sjuksköterska är det då viktigt att förebygga komplikationer, exempelvis trombos, pneumoni och muskelsvaghet. Det är viktigt vara uppmärksam på tecken av dessa eventuella komplikationer (a a). Patienten kan använda kompressionsstrumpor och stödstrumpor för att minska benödem, följs detta undviks benödem natttid (Lindberg- Stenfell, 2002).

Sjuksköterskan ska noga observera och rapportera eventuella tecken på försämrad hjärtsvikt exempelvis viktökning, andnöd och ödem. Hudvård är noga vid ödem, då cirkulationen är dålig vilket leder till att vävnaden lättare får skador. Information till hjärtsviktpatienter om hygien, hudvård och avlastning, är en viktig åtgärd i omvårdnadsarbetet (Haugland et al, 2002).

Sjuksköterskans ansvarsområde

Det arbete som sjuksköterskan utför ska oberoende av verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt, även bygga på vetenskap, beprövad erfarenhet ska utföras i enlighet med gällande författningar, lagar, förordningar, föreskrifter och andra riktlinjer. Sjuksköterskan ska ha förmåga att känna igen och aktivt förebygga hälsorisker. Det kan innebära motivering till ändrad livsstil, kunna identifiera, bedöma patientens resurser och ork till egenvård. Undervisa, stödja patienten och dess närstående i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa. Motverka komplikationer i anknytning till sjukdom, vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005b).

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter. Allmän omvårdnad utförs av all hälso- och sjukvårdspersonal däremot krävs speciell kompetens vid specifik omvårdnad. Det är viktigt att personalen ser patienten i ett helhetsperspektiv och inte helt och hållet inriktar sina insatser på sjukdomstillståndet. Detta innebär att de närstående till patienten ges en möjlighet till samverkan med personalen samt att ta tillvara på sina egna resurser (Författningshandboken, 2004).

Begränsningar

Författarna har valt att begränsa arbetet till sömnstörningar och trötthet som är konsekvenser av hjärtsvikt och dess påverkan i det dagliga livet för patienten och deras närstående.

TEORETISK REFERENSRAM

Författarna har valt att använda Carnevali som teoretisk referensram.

Carnevalis definitioner

Carnevali beskriver följande ” Hälsa är ett tillstånd av balans mellan å ena sidan hälsorelaterade krav i dagligt liv och å andra sidan funktionellförmåga och yttre resurser, så att fysiskt, psykosocialt och andligt välbefinnande befrämjas och individen känner tillfredsställelse med sin livskvalitet”(Carnevali, 1999 s 25). Vi valde Carnevali (1999) som vår teoretiska referensram eftersom den närståendes roll är tydligt beskriven i omvårdnadsmodellen. Detta ledde till att den passade bra in i vårt arbete. Carnevali (a a) anser att de närstående är en viktig yttre resurs för patienten. Carnevali (a a) har definierat närstående som följande ” de personer som närmast delar patienters dagliga liv och hälso/sjuksdomsupplevelse. Behöver inte vara släkt med patienten” (a a s 8). Dagligt liv <-> funktionellt hälsotillstånd är en modell som kan användas inom sjukvården och modellens definition bygger på att se en balans mellan välbefinnande och livskvalitet hos individen, istället för att se på människan som frisk eller sjuk. Carnevali (1999) anser att det måste råda balans mellan krav och resurser. Förändras kraven utan att resurserna följer med blir balansen rubbad och orsakar problem. Denna modell kan sjuksköterskan använda för att organisera patientdata i diagnoser och även för att planera omvårdnadsbehandlingen. När sjuksköterskan använder sig av denna modell kan hon aldrig bara tänka på den ena delen av modellen utan att också överväga den andra. I sjuksköterskans arbete ingår det att hjälpa familjer och individer, enligt Carnevali (a a) ska han/hon balansera kraven och resurserna i det dagliga livet. Befrämja hälsa i patientens dagliga liv innebär att sjuksköterskan måste ha kunskaper, både om individen med dennes hälsoproblem relaterat till ålder och utvecklingsstadium och faktorer i den psykosociala och fysiska omgivningen. Det är även viktigt att sjuksköterskan känner till omständigheter som kan förhindra patienten att själv främja hälsa. Det framgår av modellen att dagligt liv och funktionellt hälsotillstånd interagerar med varandra och är beroende av varandra (a a).

Enligt Carnevali (a a) är det viktigt för sjuksköterskan att ta hänsyn till och ta reda på patienten och familjens olika värderingar. Utifrån den subjektiva informationen ska sjuksköterskan försöka tillgodose och stödja individens värderingar. Detta kan leda till förstärkande av patientens förmåga att hantera sitt hälsorelaterade dagliga liv och sina upplevelser. Sjuksköterskan är i behov av kunskap inom flera områden för att kunna verka främjande av optimal hälsa. Den optimala hälsan innefattar fysisk, psykisk, socialt och andligt välbefinnande (a a).

Det dagliga livet

Det dagliga livet påverkar hur individen eller familjen kan, eller måste, fungera och anger kraven på den funktionella förmågan. Den funktionella förmågan inverkar därmed i sin tur på individens och familjens möjlighet att leva sitt dagliga liv. När patientens dagliga liv observeras av sjuksköterskan i form av data, finns tanken på den funktionella förmåga som krävs för att klara av det och vise versa. När data berör det funktionella tillståndet, riktas tankarna mot det dagliga liv som kan påverka eller påverkas av den funktionella förmågan. I det dagliga livet ingår aktiviteter, händelser, förväntningar, värderingar och miljön (a a).

Psykosocial utveckling

Under denna rubrik menar Carnevali (a a) att tillit, misstro, förtvivlan, skuld, självständighet, isolering, skam, initiativ, underlägsenhet, identitet, rollförvirring,

närhet, stagnation, integritet och förtvivlan ingår. Det är här viktigt att tänka på de olika utvecklingsstadierna hos patienten. Livskriser hanteras olika av människor, har man gjort det man velat så kan man acceptera döden. Har man inte levt som man önskat kan detta leda till dödsångest. Carnevalis (a a) definition av normala psykosociala utvecklingsstadier bygger på Erik H Erikson psykologiska teorier.

Biologiska utvecklingen

Sjuksköterskan måste ha grundläggande kunskaper inom omvårdnaden för att kunna bistå med hjälp till grupper och individer att hantera sitt dagliga liv och sina resurser. Det är även av vikt för sjuksköterskan att ha kunskap om normala och förväntade åldersrelaterade anatomiska, fysiologiska och utvecklingsmässiga tillstånd samt åldersrelaterade funktioner och reaktioner hos patienter och anhöriga (a a).

Medicinsk sjukdom och behandling

Carnevali (a a) menar att när individen får en medicinsk sjukdom så kommer det påverka det dagliga livet och den funktionella förmågan.

Inre Resurser

Carnevali (a a) beskriver individens inre resurser (funktionell förmåga) som styrka, uthållighet, sinnesförnimmelser, sinnesstämning, kunskap, motivation, mod, färdigheter och kommunikation.

Yttre Resurser

Yttre resurser innebär alla tillgångar som finns utanför personen, dessa kan vara en avgörande faktor för balansen i hälsorelaterat dagligt liv. Personer med hälsoproblem kan uppleva balans och tillfredsställelse i sitt dagliga liv om det finns tillräckliga yttre resurser. De yttre resurserna beskriver Carnevali som bostad, grannskap, kommunikationsmöjligheter, människor, material, tekniska hjälpmedel, teknologi, transport, pengar och husdjur. Carnevali (a a) nämner de närstående som en av de viktigaste yttre resurserna (a a).

SYFTE

Syftet med uppsatsen är att beskriva patienters upplevelse av sömnstörningar och trötthet i relation till hjärtsvikten och hur hjärtsvikten påverkade sömnen och tröttheten hos närstående till patienter med hjärtsvikt. Att vidare undersöka närståendes funktion i form av stöd till patienterna och sjuksköterskans stödjande roll till patienter och närstående.

FRÅGESTÄLLNING

Hur upplever patienter med hjärtsvikt sin sömn och trötthet?

Hur påverkas närstående och patienter av detta i det dagliga livet?

Hur kan sjuksköterskan ge stöd till patienter och närstående i dessa situationer?

Vilket stöd ger närstående till patienterna?

METOD

Författarna kommer att använda metodbeskrivning av Goodmans (SBU,1993) 7 steg, delvis modifierat.

1. Precisera problemet för utvärderingen
 2. Precisera studiernas inkluderings- och exkluderingskriterier
 3. Formulera en plan för litteratursökningen
 4. Genomför litteratursökningen och samlar in de studier som möter inkluderingskriterierna
 5. Tolka bevisen från de individuella studierna
 6. Sammanställ bevisen
 7. Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet.
- (Översättning från SBU, 1993 av Willman & Stoltz, 2002)

Precisera problemet för utvärderingen

Vi har valt att använda oss av en modifierad variant av Flemming (1998), för att beskriva vårt urval, åtgärd, motåtgärd och outcome.

Tabell 1.

Urval	Åtgärd	Motåtgärd	Outcome
Artiklar med patienter över 19 år med hjärtsvikt och deras närstående, i förhållande till störd sömn och ökad trötthet. Sjuksköterskans möjlighet att ge stöd.	Vila på dagen Information Utbildning Rehabilitering	Alla förekommande	Upplevelser Stöd Sömn Trötthet/Fatigue Påverkan av Dagligt Liv och Funktionellt Hälsotillstånd Närstående Sjuksköterskans roll

Modifierad tabell från Flemming (1998).

Precisera inkluderings- och exkluderingskriterier

Artiklarna som skulle ingå skulle ha följande, abstrakt, vara skrivna på engelska och behandla hjärtsviktpatienter över 19 år samt patienternas närstående, både

män och kvinnor tas med. Exkluderingskriterier var att utesluta review artiklar i arbetet.

Formulera en plan för litteratursökningen

Ursprungligen beräknades tidsplanen för artikelsökningen till två veckor, men på grund av ändring av arbetets inriktningen förlängdes tiden till tre veckor. Olika sökningar gjordes i PubMed och Cinahl. Pubmed gav det mest relevanta resultatet, med hänsyn till vårt syfte och våra frågeställningar. I Cinahl fann författarna inga kompletterande artiklar till sökningen i PubMed.

Genomför Litteratursökning och samla in de studier som möter inkluderingskriterierna

Författarna använde sig av följande sökord Heart failure, Congestive, Environment, Spouses, Life Style, Patients, Sleep, Family, Fatigue, Life, Quality of life och Nurse's Role i olika kombinationer av AND, OR, NOT. Dessa ord fick författarna fram genom MESH sökningar på Karolinska Institutet.

Tabell 2. Sökschema för urvalet av artiklar.

Databas/Sökord	Datum	Antal Träffar	Lästa Abstracts	Granskade artiklar	Använda artiklar
PubMed MeSH					
Heart failure, Congestive	061027	61 703	8	0	0
HF, C *Limits	061027	16 963	25	0	0
HF, C Fatigue	061030	86	40	17	6
HF, C Spouses	061030	16	16	10	2
HF, C Sleep	061030	114	35	10	0

HF, C Life Style	061101	112	15	6	0
HF, C Lifestyle, Patients	061101	0	0	0	0
HF, C Life	061101	1030	3	0	0
HF, C Enviroment	061102	364	12	4	0
HF, C Family	061102	95	13	5	0
HF. C Quality of life	061102	1024	10	3	0
HF. C Nurse´s Role	061127	99	18	10	2
Totalt		81606	195	65	10

*Limits: All adults 19+ years, humans, English, only items with abstracts.
HF, C = Heart Failure, Congestive.

Tolka bevisen från de individuella studierna

För att välja ut abstrakt lästes titlarna igenom och utifrån detta valdes abstrakten ut. Abstrakten lästes gemensamt av författarna, de som besvarade frågeställningen valdes ut. Därefter valdes relevanta artiklar ut. Författarna har läst alla artiklarna och kvalitetsgranskat dessa var för sig. Författarna diskuterade artiklarna gemensamt, i de fall författarna inte var överens om vilka artiklar som skulle ingå diskuterades artiklarna igenom och kvalitetsbedömdes ännu en gång. Författarna har använt sig av en modifierad variant av Willman och Stoltz (2002) se bilaga 1 & 2. Frågorna i det modifierade formuläret kunde besvaras med ja eller nej. Där artiklarna fick 1 poäng för ja och 0 poäng för nej. För att erhålla hög kvalitet skulle 87 % eller fler av frågorna besvaras med ja. För medelhög kvalitet krävdes att 68-86 % av frågorna var besvarade med ja. Låg kvalitet innebar att mindre än 68 % av frågorna besvarades med ja. Dessa procentsatser sattes utifrån normalfördelningen (Sandberg, 2002).

Sammanställ bevisen

Det som framkom i de olika studierna redovisas i resultatet, diskuteras i resultat diskussionen och beskrivs även kortfattat i bilaga 3. Författarna har använt 7 kvalitativa studier och 3 kvantitativa studier. Av de tio artiklarna som använts i arbetet bedömdes 4 stycken som Hög kvalitet, 5 stycken med Medel kvalitet och 1 med Låg kvalitet.

Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet

Vad som framkom efter kvalitetsgranskningen är vikten av individbaserad omvårdnad. Det tas även upp vilken stor betydelse närstående har och hur viktigt det är med deras deltagande i vården, då de känner patienterna bäst och lever med dem dygnet runt. På grund av att arbetet inte är en systematisk litteraturstudie kan man inte dra slutsatser om att det föreligger evidens av författarnas resultat.

RESULTAT

De tio artiklar vi valt kommer att presenteras utifrån följande rubriker. Patienters upplevelser av sömn, trötthet och påverkan på det dagliga livet. Närståendes upplevelser av sömn, trötthet och påverkan på det dagliga livet. Vilket stöd kan sjuksköterskan ge patienten, vilket stöd kan sjuksköterskan ge närstående.

Patienters upplevelser av sömn, trötthet och påverkan på det dagliga livet

Broström et al (2001) syftet med studien var att beskriva hjärtsviktpatienters upplevelse av sin sömnsituation. I den fenomenografiska studien gjordes intervjuer med 20 hjärtsvikts patienter, 13 män och 7 kvinnor. Inga bortfall redovisades. Det framkom att patienternas sömn blev påverkad av saker som hände i det dagliga livet. I hjärtsviktens början kan sömnen påverkas negativt genom att insjuknandet väcker tankar och oro inför en ny okänd livssituation. Symtom som kan störa sömnen är exempelvis arytm, ett symptom som gör det svårt att somna och även svårigheter att återgå till sömnen när man vaknat. Hosta kunde bero på läkemedelsbehandlingen och kan vara en orsak till sömnstörningar, många hjärtsviktpatienter upplevde detta. Patienterna beskrev bland annat att deras morgon medicin ledde till ökad trötthet och de var tvungna att sova på eftermiddagen och ibland även på morgonen (a a).

Patienterna upplevde att de låg och grubblade över saker som skulle hända eller hade hänt och även sjukdomen (symtomen) i sig, framförallt sjukdomsdebuten, resultatet av detta var störd sömn. Patienterna rapporterade att sömnstörningar ledde till fysiska, känslomässiga effekter, likgiltighet och deras fysiska kapacitet påverkades negativt. Patienterna upplevde också att sömnstörningarna ledde till att de förlorade humöret och de kände ökad ilska och irritation detta ledde till att patienterna hade sämre förmåga att hantera svårigheter i det dagliga livet. Patienterna tog även upp att sömnstörningarna ledde till en känsla av förlorad koncentrationsförmåga och ett ökat behov av avskildhet. Tröttheten de fick av sina sömnproblem på grund av hjärtsvikten begränsade det sociala livet negativt. Patienterna upplevde att det psykosociala stödet från omgivningen hjälpte dem att

hantera sin störda sömn. Familjen, vännerna och sjukvårdspersonalen hjälpte patienten att hantera den störda sömnen genom att finnas där och ge vård. Patienterna upplevde att orsaken till sömnstörningarna och tröttheten var deras dyspne (a a).

Ekman & Ehrenbergs (2002) studie var en del av en större randomiserad kontrollstudie. Studien som användes hade en beskrivande framställning baserad på intervjuer med öppensvarsfrågor. Deltagande i studien var 158 personer, 66 kvinnor, 92 män och inga bortfall redovisat. Syfte med studien var att beskriva och jämföra erfarenheten av trötthet hos äldre patienter i förhållande till könsskillnader (a a).

Patienternas upplevelse av trötthet var en känsla av svaghet och matthet vilket ledde till att de inte kunde fungera och handla normalt i sitt dagliga liv. Patienterna beskrev även att det kände sig likgiltiga, rastlösa, glömska, ensamma, spända och hade sämre koncentrationsförmåga än normalt. Tröttheten kunde också upplevas som smärta. Männerna upplevde trötthet som en känsla av obehag, besvär och förlorad kroppslig kapacitet. Kvinnorna upplevde tröttheten som ett hinder för att kunna hantera sitt dagliga liv och kände begränsningar i sin förmåga att motionera (a a).

Kvinnorna upplevde att orsaken till tröttheten berodde på åldern, det fanns en signifikant skillnad mellan könen då kvinnorna var äldre än männen i studien. Kvinnorna upplevde sin trötthet som värre än männens. Ålder, dyspne, rastlöshet, ansträngt tillstånd, läkemedel och smärta upplevdes som orsaker till trötthet och sömnstörningar. Patienterna beskrev att sömn och vila ledde till en minskad trötthet och kände ett ökat behov av sömn och vila dagtid, detta ledde till en påverkan av det dagliga livet (a a).

Mårtensson et als (1997) syfte med studien var att beskriva hur män med hjärtsvikt hanterar sin livssituation. En fenomenografisk studie med semi-strukturerade intervjuer och öppensvarsfrågor. 12 män ingick i studien, inga bortfall redovisades. I studien beskrivs männens påverkan av det dagliga livet. Männerna upplevde brist på energi, fysisk och mental kapacitet, detta ledde till att männen kände en begränsning i det dagliga livet. Denna begränsning kunde leda till att patientens tro att varken de eller deras omgivning kunde påverka deras dagliga liv vilket ledde till en känsla av hopplöshet (a a).

Mårtensson et als (1998) syfte med studien var att beskriva hur kvinnliga patienter med hjärtsvikt hanterar sin livssituation. Fenomenografiskt tillvägagångssätt användes, semi- strukturerade intervjuer, med öppensvarsfrågor användes. 12 kvinnor deltog i studien, och 2 bortfall redovisades. Studien tar upp att det dagliga livet påverkades av trötthet, vilket ledde till fysisk restriktion, social restriktion och innebar att kvinnorna saknade orken att finnas tillgänglig för sin omgivning. Patienterna upplevde en begränsning av sin frigjordhet, tillgivenhet och en känsla av ångest. Patienterna kände en begränsning av sin egen kapacitet och upplevde att de var en börda för sin omgivning (a a).

Skobel et als (2005) syfte med studien var att undersöka hur sömnrelaterad andningsstörning påverkade hjärtsviktpatienter. Kvantitativ metod användes. Informationen från patienterna i studien jämfördes med informationen från 10 åldersmatchade hälsokontrollers och 11 patienter med obstruktiv sömnapne utan

hjärtsvikt. 51 patienter med hjärtsvikt deltog i studien, bortfallet redovisades till 18 personer. I studien framkom att patienter med sömnrelaterad andningsstörning och hjärtsvikt hade en sämre sömnkvalitet och en signifikant lägre livskvalitet, jämfört med personerna med hjärtsvikt utan sömnrelaterad andningsstörning. Kroppslig smärta, sämre fysisk och känslomässig funktion var de signifikanta skillnaderna (a a).

Mahoneys (2001) syfte med studien var att få förståelse för sjukdomsupplevelsen hos patienter med hjärtsvikt och deras närstående. Författaren har använt sig av en kvalitativ etnografisk studie. De använde observationer och semi- strukturerade intervjuer med öppensvarsfrågor, 28 informanter användes i studien 16 patienter och 12 närstående, inga bortfall redovisades. Studien beskriver hur patienterna med hjärtsvikt upplever sitt dagliga liv. Patienterna anser att man inte ska se hjärtsvikten som en sjukdom som ska elimineras, utan en störning (symtom) i det dagliga livet. Exempel på störningar som påverkar det dagliga livet och som patienten associerar med hjärtsvikten är känslomässiga, fysiska, sociala, ekonomiska och andliga. Patienterna förnekade även sitt tillstånd och skyllde på andra orsaker. Hjärtsvikten begränsade patienterna i deras dagliga liv vilket ledde till att patienterna inte kände sig tillfreds eller kunde fullfölja sina dagliga aktiviteter (a a).

Närståendes upplevelser av sömn, trötthet och påverkan på det dagliga livet

Broström et als (2003) studie syftar till att beskriva avgörande situationer som påverkade de närståendes stöd till patienter med hjärtsvikt, i relation till de närståendes sömnsituation. 25 par användes i studien, inga bortfall redovisades. Författarna använde sig av en kvalitativ metod med kritisk händelseanalys och med semistrukturerade intervjuer. Studien beskriver vad patienterna ansåg orsaka deras sömnstörning dyspne, snarkningar, oregelbundna andningsrytm och apne. Även biverkningar av hjärtsviktsläkemedel som kunde orsaka mardrömmar (a a).

De närstående upplevde att deras störda sömn ledde till en ökad trötthet och ett ökat behov av vila på dagen, vilket påverkade deras förmåga att stödja patienterna. Ängest orsakad av oro över patientens tillstånd ledde till att de närstående vaknade och kontrollerade patienten flera gånger per natt. Närstående upplevde att det sociala livet påverkades negativt dels på grund av deras egen trötthet och dels på grund av patientens tillstånd. Sjukvårdens brist på stöd och information om hjärtsviktsrelaterade sömnstörningar ledde till att de inte kunde ge det stöd som de önskade till patienten. En känsla av att deras störda sömn inte togs på allvar av övriga familjemedlemmar nämndes av de närstående. Närstående upplevde ett behov av att anpassa sina sömn- och psykosociala vanor efter patientens behov. De upplevde det som positivt att kunna anpassa sina sömnvanor efter patientens för att få en bättre livssituation. De beskrev en känsla av trygghet när hälso- och sjukvårdspersonalen gav dem information som ökade deras kunskap för att kunna hantera sin och patientens sömnsituation (a a).

Syftet med Mårtensson et als (2001) studie var att beskriva de avgörande situationer som påverkade närståendes stöd till patienter med hjärtsvikt. De använde sig av en kvalitativ beskrivande metod med en kritisk händelseanalys och med semi-strukturerade intervjuer. I studien deltog 23 personer, 15 kvinnor och 8

män, samtliga närstående till patienter med hjärtsvikt, inget bortfall redovisades (a a).

De närstående kände sig starka och värdefulla när omgivningen förstod att de var patienternas stöd. För att uppnå detta krävdes stöd från omgivningen, vänner, barn och sjukvårdspersonal. Telefonsamtal och andra samtal från omgivningen och personer som varit i liknande situationer, ledde till en känsla av säkerhet och reducerade känslan av ensamhet. Information och uppföljning från sjukvårdspersonalen upplevdes som en lättnad och trygghet då patienterna inte informerade de närstående om sin hjärtsvikt (a a).

Att själv kunna kontakta någon med frågor och funderingar angående hjärtsvikten upplevdes som en positiv känsla i det dagliga livet. Kontaktpersonen var oftast patientens hjärtsviktssjuksköterska (a a).

De närstående upplevde en personlighetsförändring hos patienten som påverkade deras relation negativt. De kände sig isolerade och begränsade i sina vardagliga aktiviteter, då patienterna inte ville vara ensamma hemma. Detta begränsade de närståendes möjlighet att vara ett bra stöd och de kände sig ofta isolerade. De kände sig osäkra och besvikna på sina vänner då dessa ofta sympatiserade med patienterna och inte förstod de närståendes upplevelse vilket ledde till att patienten fick ett sämre stöd. Att de närstående inte räknades in i rehabilitering och uppföljning innebar att deras stöd i det dagliga livet försvårades (a a).

Mahoney (2001) beskriver hur de närstående dygnet runt kontrollerade patientens symtom. Det innebär kraftiga förändringar i de närståendes dagliga liv och livssituation för att möta patientens fysiska behov och ändrade kostvanor. En del närstående stickade strumpor till patienten för att minska ödemerna (a a).

Vilket stöd kan sjuksköterskan ge patienterna

Broström et al (2001) fann i sin studie att det är viktigt att ge patienterna stöd och utbildning om sin sjukdom och sömnstörningar. Informationen ökade känslan av trygghet och gav bättre möjligheter till god sömn (a a).

Mårtensson et al (1997) och (1998) fann i sina studier att det upplevdes positivt av patienterna att känna stöd och uppmuntran från sjuksköterskan. Sjuksköterskans roll att hjälpa patienten att tro på framtiden gjorde det lättare för patienten. En annan viktig uppgift för sjuksköterskan är att hjälpa patienten att sätta upp realistiska mål, hjälpa patienten ur sin onda cirkel och sina hämmande situationer. Detta kan göras genom att informera och utbilda patienter och deras närstående om hjärtsvikten och dess symtom. Detta ledde till att patienten hade lättare för att acceptera hjärtsvikten och göra det bästa möjliga av situationen. Ökad kunskap om möjligheterna att förbättra sin livssituation gav patienterna större hopp inför framtiden (a a).

Mårtensson et al (1998) anser att sjuksköterskan bör prata med patienterna om deras känslor inför hjärtsvikten och hjälpa dem fokusera på egenvård. Sjuksköterskan hjälper kvinnor med hjärtsvikt att bibehålla en känsla av kontroll och ökad kompetens och självkänsla genom utbildning och genom att bryta negativa mönster (a a).

Mårtensson et al (2005) randomiserade kontrollstudie, visar att interventionsgruppen hade bättre fysisk förmåga, var vitalare och hade en bättre social funktion, jämfört med kontrollgruppen. Förbättringen var endast signifikant de första 3 månaderna, efter 12 månader fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Sjuksköterskorna i interventionsgruppen utbildade både patienterna och de närstående, talade med dem i telefon och intervjuade dem. Patienterna och de närstående fick även ställa egna frågor, vilket gjorde att de kände sig trygga (a a).

Eldh et al (2006) studie undersöker effekten av patienters medverkan och icke medverkan då de besökte sjuksköterske- ledd hjärtsviktsmottagning. Fenomenologisk studie användes med deltagande observationer och text från berättande intervjuer. Fyra patienter och två sjuksköterskor deltog i studien. Ett bortfall från patienterna redovisades, anteckningarna från denna intervju användes som ett komplement i analysen av besöksprocessen (a a).

I studien framkom att det är viktigt med information till patienterna, men om de inte vill ta till sig information ska man inte tvinga patienterna. Sjuksköterskan beskriver att vissa patienter inte var mottagliga för informationen. Det framkom även att man kunde ge eller skicka information till patienterna för att nå fram till dem. Patienterna upplevde en ökad trygghet när de själva medverkade i vårdplaneringen och läkemedelsbehandlingen. Patienter har lagstadgade rättigheter till delaktighet i sin vård. Sjuksköterskan ska ge information för att patienten ska känna sig delaktig i vården, erfarenhet från hjärtsviktpatienter visar att alla inte är mottagliga (a a).

Vilket stöd kan sjuksköterskan ge de närstående

Mårtensson et al (2001) kommer fram till att det är viktigt att sjuksköterskan skapar en relation med de närstående så de känner sig sedda, detta kan göras genom telefonsamtal. De närstående i studien upplevde det positivt att de fick medverka i uppföljningen och ta emot information (a a).

När sjuksköterskorna informerade hur de närstående kunde kontakta dem upplevdes detta positivt, det ledde till att de deras oro och ångest över patientens tillstånd minskade. Informationen ledde till att de närstående kunde vara ett bättre stöd för patienterna i det dagliga livet. Sjuksköterskan gav olika råd och tips till de närstående vilket ledde till en känsla av trygghet, då sjuksköterskan uppfattades som en specialist inom området. De närstående önskade en öppen dialog med patienten och sjuksköterskan om patientens tillstånd, för att kunna ge bästa möjliga vård för patienten hemma. De närstående ville vara delaktiga och lära sig mer för att kunna ge stöd till patienten (a a).

Mahoney (2001) skriver att det är viktigt att sjuksköterskan ska finnas tillgänglig som ett stöd för de närstående, så att de känner sig sedda.

Mårtensson et al (2005) studie kom fram till att det är viktigt för de närstående i interventionsgruppen, att aktivt medverka i utbildningen och få information. Detta ledde till att de kunde hjälpa patienterna mer hemma och vara ett stöd för dem (a a).

DISKUSSION

Vi har valt att dela in diskussionen i två olika delar, en metoddiskussion och en resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Valet av studie baserades på den begränsade tid som sattes till förfogande. En empirisk studie ansågs vara för tidskrävande. Nackdelen med vald metod kan eventuellt ha varit begränsningen av djupet i de hjärtsvikts drabbade patienternas upplevelser, vilket troligtvis hade uppnåtts genom en empirisk studie. Validiteten i studien ökade eftersom oberoende läsare granskat innehållet under arbetets gång.Handledare och studenter har även gett synpunkter för att förbättra studien. Artikelsökningen drog ut på tiden på grund av att författarna bytte ämne samt för att bättre avgränsa oss. Istället för ischemisk hjärtsjukdom valdes att skriva om hjärtsvikt. Detta ledde till att artikelsökningen tog 3 veckor i stället för 2 veckor som var planerat. Dessutom lades frågeställningar till för att bättre besvara sjuksköterskans omvårdnadsområde och för att bättre kunna beskriva de närståendes stöd till patienterna. Författarna anser även att resultatet kunde ha blivit annorlunda om de använt andra sökord och haft med fler artiklar. Detta kunde ha lett till ett annat resultat, trots detta anser författarna att de fått fram ett resultat som stämmer väl överens med bakgrunden.

Exklusionskriterier var review artiklar, då författarna istället ville tolka och analysera resultatet utifrån originalartiklarna och inte utifrån någon annans bedömning. De artiklar författarna valde ut kontrollerades i Cinahl, där inga nya fynd gjordes. Det kan eventuellt ses som en brist i studien att endast två databaser använts. Dock är dessa databaser omfattande och sökningarna resulterade i en mängd träffar.

Artiklarna verkade vara relevanta vid första anblicken för syftet med studien då uppfattningen att detta skulle räcka för att täcka in området. Sjuksköterskans roll och deras stödjande funktioner var svåra frågeställningar att hitta artiklar om. Författarna upplevde även svårigheter att hitta relevanta artiklar som beskrev patienter och närståendes upplevelse av trötthet och sömnproblem. Endast två artiklar från sökningen av sjuksköterskans roll togs med, dock besvarade de andra artiklarna delvis denna frågeställning. Författarna valde att inte göra några begränsningar i tidsperspektivet när artiklarna var skrivna, detta för att inte missa några viktiga artiklar. Dock valde författarna artiklar från 1996 och framåt. Författarna har exkluderat de studier som inte var relevanta för studiens syfte. I studien var det från början tänkt att kvalitativa studier skulle ligga till grund för arbetet för att öka trovärdigheten på resultatet utifrån upplevelser och påverkan i det dagliga livet. Då det inte blev enbart kvalitativa utan både kvantitativa och kvalitativa, kan detta ses som en brist i resultatet. Detta kan även ses som en styrka i resultatet då kvantitativa studier är mer omfattande och har ett större antal deltagare.

Författarna har tagit med studier från olika länder för att få ett mer trovärdigt resultat. Resultatet från artiklarna författarna använt sig av kommer i huvudsak från Sverige, men även från Tyskland och USA. Detta kan även ses som en

begränsning för att det endast var studier från tre länder. Om författarna tagit med fler studier från flera olika länder kunde detta ha resulterat i ett bredare resultat.

För att öka trovärdigheten genomfördes artikelgranskningen och kvalitetsbedömningen var för sig för att sedan göras gemensamt. Detta gjordes för att författarna inte skulle påverkas av varandra, utan istället bli individuellt bedömda. Willman & Stoltz (2002) modifierade bedömningsformulär (se bilaga 1 och 2) användes för att kvalitetsgranska och poängbedöma artiklarna. Detta för att följa Goodmans (SBU, 1996) steg. I studien användes 7 kvalitativa och 3 kvantitativa artiklar. De kvalitativa artiklarna sträckte sig från låg kvalitet till hög kvalitet och de kvantitativa bedömdes som medelkvalitet. Vid kvalitetsbedömningen av artiklarna finns risk att misstag gjorts vid bedömningen av artiklarna; låg, medel eller hög, eftersom författarna är ovana vid sådana bedömningar. Majoriteten av artiklarna har varit svårförståliga, då det finns risk att översättning och sammanfattning inte blivit korrekta och upplevelser kan ha missats.

Resultatet borde kunna överföras till liknande omvårdnadssituationer där närstående och patienters upplevelser undersöks.

Bakgrunden till detta arbete är relativt långt, men av stor vikt för att kunna förstå hjärtsviktens problematik både fysiskt och psykosocialt. Men även för att förstå vikten av sjuksköterskan och de närståendes stora betydelse för patienten.

Resultatdiskussion

Författarna valde att göra en litteraturstudie. Litteraturstudien baserades på vetenskapliga artiklar som publicerats i olika omvårdnadsmagasin. I sökningen fann författarna att många artiklar var skrivna av samma författare, vilket kan begränsa reliabiliteten och validiteten i arbetet. Även litteraturen författarna ämnades använda till bakgrunden var skriven av samma författare som till en del av artiklarna i arbetet. En av artiklarna bedömdes med låg kvalitet, detta på grund av de få antal deltagare i studien. Författarna ansåg dock att studien var relevant för arbetes syfte. Resultatdiskussionen kommer att presenteras under sömn och trötthet hos hjärtsviktspatienter och deras närstående, de närstående stöd och sjuksköterskans roll.

Sömn och trötthet hos hjärtsviktspatienter och deras närstående

Sömn är livsnödvändigt för alla människor, i synnerhet vid tillstånd av ohälsa. En störd sömn leder till problem i det dagliga livet (Halvorsen- Bastöe & Frantsen, 2001, Broström et al, 2003). Skobel et al (2005) har funnit att hjärtsviktspatienter med störd sömn mår sämre fysiskt, dock inte emotionellt. Broström et al (2001) håller med Skobel et al (2005) vad gäller att den störda sömnen leder till att patienterna mår sämre fysiskt, men en viktig skillnad var att Broström beskrev att den störda sömnen även ledde till försämring av det emotionella tillståndet. Enligt Carnevali (1999) är sömn en aktivitet och påverkar hälsotillståndet. Brist på sömn leder till försämrat hälsotillstånd vilket gör att kraven i dagliga livet påverkas negativt. Författarna anser att det var ett intressant fynd, att den störda sömnen inte påverkade patienten emotionellt enligt en av artiklarna när den andra visade tvärtom. Resultaten verkar annars rimliga utifrån vår uppfattning.

Patienterna upplevde negativ påverkan av det dagliga livet och en social begränsning på grund av deras trötthet. Detta ledde till ett ökat behov av sömn och vila dagtid, då det hjälpte att vila och sova dagtid för att motverka tröttheten (Ekman & Ehrenberg, 2002, Sand, 2002, Broström et al, 2001, Ekman, 2002).

Männen upplevde tröttheten som förlorad kroppslig kapacitet, medan kvinnorna upplevde det som begränsningar i det dagliga livet och i den fysiska förmågan (Ekman & Ehrenberg, 2002). Broström et al (2001) anser att trötthet har fysiska effekter med nedsatt fysisk kapacitet som ett resultat. Enligt Sand (2002) beror patienters trötthet på bland annat nedsatt cirkulation och inaktivitet. Patienter med kroniska sjukdomar (symtom) vänjer sig oftast vid trötthet (Ekman, 2002), då författarna anser att det kan vara svårt att redogöra för exakt vad som orsakar och konsekvensen av tröttheten då det utvecklas successivt och är en individuell upplevelse.

Orsak till trötthet ses som en effekt av ålder, detta upplevde framförallt kvinnorna, enligt författarna kan det bero på att kvinnorna var äldre än männen i studien (Ekman & Ehrenberg, 2002). Patienterna beskrev orsaker till trötthet som bland annat sjukdom, läkemedelsbehandling och sömnstörningar (Sand, 2002, Broström et al, 2001, Ekman & Ehrenberg, 2002). Carnevali (1999) beskriver att det är viktigt att patienterna är införstådda med den biologiska utvecklingen och ser de olika stegen, oberoende av hälsa.

Upplevelsen av trötthet och sömn uppfattades som att det får konsekvenser i det dagliga livet, med bristande egenvård, svaghet, matthetskänsla, likgiltighet, nedsatt dagligt liv, fysisk och social begränsning, förändrat beteende och sömnstörningar nämndes av patienterna samt deras närstående (Sand, 2002, Ekman & Ehrenberg, 2002, Mårtensson et al, 1998, Mahoney, 2001, Broström et al 2001, Jönsson, 1995, Broström et al 2003).

Orsaken till sömnstörningar beskrevs av patienten och de närstående som patientens sjukdom, rastlöshet, trötthet, mardrömmar, snarkningar, oro, ångest, aptitlöshet, illamående, andningsstörningar, bristande information och ovisshet inför framtiden.

Patientens symtom som störde både patienter och deras närståendes sömn.

- Ödem
- Ortpne
- Arytmi
- Dyspne
- Nykturi
- Läkemedelsbehandling
- Kroppslig smärta
- Hosta
- Takykardi

(Ericson & Ericson, 2002, Broström et al, 2003, Lindberg- Stenfell, 2002, Broström et al, 2001, Skobel et al, 2005, Ekman & Ehrenberg, 2003).

Närstående kontrollerade patientens symtom flera gånger per natt, detta ledde till att de närstående inte fick någon tillfredsställande sömn (Broström et al, 2003). Sjukdom drabbar inte bara den sjuke utan även de närstående (Sand, 2002). Författarna anser att det funktionella hälsotillståndet påverkas av sömnen. Precis som de inre och yttre resurserna påverkar sömnen.

Närståendes stöd

Mårtensson et al (2001) och Broström et al (2003) beskriver att de närstående kunde vara ett bra stöd till patienten då de kände sig sedda och behandlades som en tillgång för patienterna av deras omgivning samt av sjukvårdspersonalen. De närstående upplevde det som bekräftande att vara delaktig i vården och under rehabiliteringen av patienterna. Information samt utbildning av sjukvården ledde till att de kunde vara ett bra stöd till patienten, då de både kände sig säkra och trygga. För att de närstående skulle kunna vara ett bra stöd till patienten var det viktigt att de hade egna yttre resurser. De närstående anpassade sig och visade sympati för patienten, vilket förbättrade det dagliga livet och de närståendes förmåga att ge stöd. Författarna menar att delaktighet i vården är viktigt men det ska alltid vara patienten som är i fokus och dennes vilja först.

Mårtensson et al (a.a) och Broström et al (a a) undersökte även negativa saker som påverkade de närståendes stöd till patienterna. Närstående upplevde en påverkan av deras förmåga att ge stöd när deras sömn blev störd. Social isolering för både patienten och de närstående ledde till nedsatt stöd. Bristande information och stöd från sjukvården och omgivningen ledde till sämre stöd (a a och Sand, 2002). Närstående ses som patientens viktigaste resurs, då de känner patienten bäst och finns oftast vid deras sida dygnet runt (Sand, 2002, Carnevali, 1999). Författarna anser sig ha nytta av detta i framtiden, då det framkommit hur viktiga de närstående är för patienterna. Även hur viktigt det är att de närstående är delaktiga och får information som rör patienterna.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans roll innefattar att hjälpa patienten att lindra symtom, informera om egenvård, samt stärka patientens hälsa (Lindberg- Stenfell, 2002, Haugland et al, 2002, Strömberg, 2005, Broström et al, 2001, Författningshandboken, 2004, Broström et al, 2003, Socialstyrelsen, 2005a). Enligt Carnevali (1999) är sjuksköterskan en yttre resurs och de kan hjälpa patienten genom uppmuntran. Sjuksköterskan kan även ge information om sängar och sovrumsmiljöer som kan leda till förbättrad sömn enligt författarna.

En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att ge information och utbilda patienter och deras närstående, vilket kan leda till minskad oro och ångest (Mårtensson et al 1997, Mårtensson et al 1998, Eldh et al, 2006, Mårtensson et al 2001, Halvorsen- Bastöe & Frantsen, 2001). Enligt Carnevali (1999) är kommunikationsförmågan viktig för att göra sig förstådd och för att förstå andra på ett effektivt sätt. Kommunikationsförmågan och sättet att kommunicera påverkas i olika situationer vid såväl hälsa som sjukdom (a a). Författarna anser det vara viktigt att tänka på detta när information ska ges till patienter och deras närstående.

Det nämns i Mahoneys (2001) artikel att det är viktigt att sjuksköterskan tar hänsyn till patientens religion då detta kan påverka patienten i olika situationer. Carnevali (1999) menar att människan ska ses ur ett holistiskt perspektiv och det innebär även det religiösa. Författarna anser att detta är viktigt i dagens Sverige, då vi lever i ett land med många olika kulturer och religioner. När författarna reflekterar över ovanstående, håller de med om att kommunikationen är viktig vad

det gäller patienter och närstående. Som påpekats, det vill säga att vi lever i ett mångkulturellt samhälle med diverse språk. Det krävs av sjuksköterskan att hon/han är professionell i sitt yrke och anpassar det språkliga för att patienten och sjuksköterskan ska förstå varandra.

Det är viktigt att sjuksköterskan skapar en relation med de närstående och att de är ett stöd till de närstående (Eldh et al, 2006, Broström et al, 2003)

Sjuksköterskans roll kan innebära att ge information och ha telefonkontakt med de närstående, framförallt till närstående med otillfredsställande socialt nätverk.

Sjuksköterskan kan ordna grupper för närstående som befinner sig i samma situation, då detta ökar de närståendes förmåga att vara stöd till patienterna.

Sjuksköterskan kan underlätta för de närstående genom att ge information om sjukdomen och olika behandlingar för att de inte ska känna sig utanför

(Mårtensson et al, 2001). Enligt Carnevali (1999) är det viktigt att sjuksköterskan inger en trygghet och visar på kompetens som vårdgivare, detta leder till att patienter och närstående känner en ökad tilltro för sjuksköterskans förmåga att ta fullt ansvar för kvaliteten på hälso- och sjukvården inom omvårdnadsområdet.

SLUTSATSER

Författarna anser att det är viktigt att se patienterna utifrån ett holistiskt perspektiv vilket även stöds av Carnevali (1999). Det som kommit fram mer och mer i arbetet är förståelsen för patofysiologin detta är speciellt viktigt vid sömn och hjärtsvikt för sjuksköterskan, patienten och de närstående. Författarna anser det vara viktigt att sjuksköterskan informerar patienten om olika riskfaktorer för att de ska undvika att försämra sitt sjukdomstillstånd. Sjuksköterskan ska även utbilda patienten och närstående om olika hjärtsviktssymtom, för att uppmärksamma en eventuell försämring.

Sjuksköterskan bör enligt Carnevali (a a) ta med den religiösa bakgrunden hos patienten då detta kan inverka på dagligt liv och funktionellt hälsotillstånd. Sjuksköterskans roll kan beskrivas med hjälp av Carnevalis modell (a a). Om det finns en obalans mellan resurserna och kraven, är det sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att uppnå balans genom att antingen minska på kraven eller öka resurserna. Kraven på att de närstående måste finnas tillgängliga, kan reduceras genom exempelvis familjens stöd och deras närvaro. Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att försöka uppnå balans genom att öka resurserna. Vår roll som yttre resurs kan användas till att hjälpa patienten genom att ge denne exempelvis kompressionsbehandling och som inre resurs kan vi hjälpa patienten med motivation. De hjärtsviktsmottagningar som vi varit i kontakt med hade inga specifika blanketter eller informationsblad om sömn, trötthet och dess påverkan på hjärtsviktspatienter och deras närstående. Vilket förvånade oss allt mer under arbetets gång, då vi förstod vikten av en god sömn och minskad trötthet.

Resultatet stämmer överens med bakgrunden men, författarna är väl medvetna om att trovärdigheten riskerar att minska då flera artiklar har samma författare.

Utifrån författarnas egna erfarenheter är dock resultatet relevant. Trötthet upplevs värre av hjärtsviktspatienter än av friska människor. Hjärtsviktspatienters trötthet benämns utifrån trötthet i hela kroppen (fatigue). Patienter med hjärtsvikt är

tröttare än vad som är normalt för den biologiska utvecklingen. En aspekt vi funderat mycket över, vilket också togs upp i en artikel, är att patienten inte informerade de närstående om sitt sjukdomstillstånd, kan detta bero på att patienten inte vill att de närstående ska veta hur sjuka de egentligen är? Eller beror det på deras trötthet? Detta ledde till att vi började spekulera i vad som gäller enligt tystnadsplikten, ska man informera eller inte? Med anledning av detta anser vi att det är viktigt att sjuksköterskan för en öppen dialog med patienten, för att ta reda på vad som föreligger.

Ett förslag till vidare forskning skulle kunna vara att, följa upp någon av de kvalitativa artiklarna och göra om dessa till kvantitativa för att kontrollera trovärdighet i resultatet, då detta skulle kunna vara applicerbart på fler situationer. Den slutsats som vi kommit fram till är vikten av närstående och deras stöd. Patienter som drabbas av hjärtsvikt är i stort behov av information och utbildning, en viktig aspekt utifrån ett sjuksköterske- perspektiv. Det hade varit ett intressant forskningsområde att fördjupa sig i patienter med hjärtsvikt om de har en ökad överlevnad, om man behandlar deras trötthet och sömnproblem.

REFERENSER

Litteratur

- Broström, A (2005) Andnings- och sömnstörningar. I: Strömberg, A (Eds) *Vård vid hjärtsvikt* (1 edition). Lund: Studentlitteratur, ss171-188.
- Carnevali, D (1999) *Handbok i omvårdnads diagnostik*. Stockholm: Liber AB.
- Dahlström, U (2005) Hjärtsviktens patofysiologi, omfattning och diagnostik. I: Strömberg, A (Eds) *Vård vid hjärtsvikt* (1 edition). Lund: Studentlitteratur, ss 17-36.
- Ekman, I (2005) Trötthet och kognitiv dysfunktion. I: Strömberg, A (Eds) *Vård vid hjärtsvikt* (1 edition). Lund: Studentlitteratur, ss 191-203.
- Ericson, E & Ericson, T (2002) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fridlund, B (1998) *Kardiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Författningshandboken (2004) Stockholm: Liber AB.
- Halvorsen- Bastöe, L- K & Frantsen, A-M (2001) Sömn och vila. I: Jahren- Kristoffersen, N (Eds) *Allmän omvårdnad 3* (1 edition). Stockholm: Liber AB, ss 239-374.
- Haugland, T, Hansen, I, Areklett, E (2002) Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I: Almås, H (Eds) *Klinisk Omvårdnad* (1 edition). Stockholm: Liber AB, ss 410-445.
- Jönsson, T (1995) *Sömn- faktorer som påverkar sömn under sjukhusvistelsen*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M & Rundgren, Å (2003) *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg- Stenfell, K (2002) Omvårdnad av patient vid hjärtsvikt. I: Kylberg, U & Lidell, E (Eds) *Omvårdnad vid långvariga sjukdomstillstånd* (1 edition) Lund: Studentlitteratur, ss 17-46
- Persson, S (2003) *Kardiologi hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Sand, A M (2002) Se mig också - att vara närstående. I: Almås, H (Eds) *Klinisk Omvårdnad* (1 edition). Stockholm: Liber AB, ss 31-47.
- Sandberg, L & Sandberg, R (2002) *Elementär statistik*. Lund: Studentlitteratur
- SBU, (1993) *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices*. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Rapport no 119E

Strömberg, A (2005) *Vård vid hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A, Stoltz, P, Bahtsevani, C (2002) *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Artiklar

Broström, A, Strömberg, A, Dahlström, U & Fridlund, B (2001) Patients with congestive heart failure and their conceptions of their sleep situation. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 520-529.

Broström, A, Strömberg, A, Dahlström, U & Fridlund, B (2003) Congestive heart failure, spouses' support and the couple's sleep situation : a critical incident technique analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 223-233.

Ekman, I & Ehrenberg, A (2002) Fatigue in chronic heart failure- does gender make a difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 77-82.

Eldh, A-C, Ehnfors, M & Ekman, I (2006) The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 45-53.

Flemming, K (1998) Asking answerable questions *Evidence-Based Nursing* . 1, (2), 36-37

Mahoney, J S (2001) An ethnographic approach to understanding the illness experiences of patients with heart failure and their family members. *Heart & Lung*, 30 (6), 429-436.

Mårtensson, J, Karlsson J-E & Fridlund, B (1997) Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 579-586.

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

Mårtensson, J, Dracup, K & Fridlund, B (2001) Decisive situations influencing spouses' support of patients with heart failure: A critical incident technique analysis. *Heart Lung*, 30 (5), 341-50.

Mårtensson, J, Strömberg, A, Dahlström, U, Karlsson, J-E & Fridlund, B (2005) Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 393-403.

Skobel, E, Norra, C, Sinha, A, Breuer, C, Hanrath, P & Stellbrink (2005) Impact of sleep- related breathing disorders on health- related quality of life in patients with chronic heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 505-511

Internet

Socialstyrelsen (2005a) *Folkhälsorapport 2005.*

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf>

Socialstyrelsen (2005b) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.*

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/27B72168-0A0D-42ED-A41F-DBBFA56126CD/2563/20041022.pdf>

Socialstyrelsen (2004) *Riktlinjer för hjärtsjukvård.*

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/27B72168-0A0D-42ED-A41F-DBBFA56126CD/2563/20041022.pdf>

BILAGOR

Bilaga 1 Bedömningsformulär för kvantitativa artiklar

Bilaga 2 Bedömningsformulär för kvalitativa artiklar

Bilaga 3 Artikel sammanställning (Matris)

Bilaga 1 Bedömningsformulär för Kvantitativa studier.

Modifierad från Willman och Stoltz (2002).

Titel:

Författare:

År:

Land:

Ja = 1 Poäng

Nej = 0 Poäng

1. Finns forskningsmetoden beskriven	Ja	Nej
2. Finns ett tydligt syfte	Ja	Nej
3. Finns urvalsprocessen beskriven	Ja	Nej
4. Är urvalet relevant	Ja	Nej
5. Är Randomiseringsförfarandet beskrivit	Ja	Nej
6. Är bortfallet redovisat	Ja	Nej
7. Är interventionen beskriven	Ja	Nej
8. Är resultatet redovisat avseende reliabilitet	Ja	Nej
9. Är resultatet redovisat avseende validitet	Ja	Nej
10. Är resultatet generaliserbart	Ja	Nej
11. Är uppföljningen av interventionen gjord	Ja	Nej
12. Finns där något om eventuell vidare forskning	Ja	Nej

Poäng:

Under 68 % = Låg Kvalitet

68 % - 86 % = Medel Kvalitet

87 % - 100 % = Hög Kvalitet

Bilaga 2 Bedömningsformulär för Kvalitativa studier.

Modifierad från Willman och Stoltz (2002).

Titel:

Författare:

År:

Land:

Ja = 1 Poäng

Nej = 0 Poäng

1. Är forskningsmetoden beskriven	Ja	Nej
2. Finns ett tydligt syfte	Ja	Nej
3. Är urvalet tydligt beskrivet	Ja	Nej
4. Är urvalet relevant	Ja	Nej
5. Finns något etiskt resonemang	Ja	Nej
6. Är datainsamlingen tydligt beskriven	Ja	Nej
7. Är dataanalysen tydligt beskriven	Ja	Nej
8. Är resultatet tydligt beskrivet	Ja	Nej

Poäng:

Under 68 % = Låg Kvalitet

68 % - 86 % = Medel Kvalitet

87 % - 100 % = Hög Kvalitet

Bilaga 3

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet Poäng
Broström et al 2003 Sverige	Congestive heart failure, spouses' support and the couples' sleep situation: a critical incident technique analysis	Syftet med studien var att beskriva viktiga situationer som påverkar närståendes stöd till patienter med hjärtsvikt i relation till parets sömn situation	Kvalitativ deskriptiv design med kritisk händelse analys. användes. Semistrukturerade intervjuer har använts.	25 par användes i studien. De intervjuade 25 närstående, 10 män och 15 kvinnor. Inga bortfall redovisat.	De kom fram till positiva och negativa situationer som påverkade de närståendes förmåga att ge stöd.	Hög Kvalitet 8 poäng
Broström et al 2001 Sverige	Patients with congestive heart failure and their conceptions of their sleep situation	Syftet med studien var att beskriva sömnstörningar hos hjärtsviktpatienter och deras relation till livskvalitet och dagsömnighet.	Kvalitativ, beskrivande design, inspirerad av en fenomenografisk ansats.	Semistrukturerade intervjuer med 20 strategiskt utvalda hjärtsviktspatienter, 13 män och 7 kvinnor. Inga bortfall redovisades.	I studien kom man fram till 3 beskrivande kategorier, 7 kategorier och 21 sub kategorier. Studien visar olika uppfattningar hos patienterna vad gäller sömnen. I studien tas upp orsaker till sömnstörning, konsekvenser av sömnstörningen och hantering sömnstörningar.	Hög Kvalitet 7 poäng

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet Poäng
Mårtensson et al 1997 Sverige	Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation	Syftet med studien var att beskriva hur manliga patienter med hjärtsvikt hanterar sin livssituation ur ett sjuksköterskeperspektiv.	Kvalitativ metod användes med inriktning på ett fenomenografisk tillvägagångssätt. I studien användes intervjuer med hjälp av semistrukturerade och öppen svars frågor,	12 patienter endast manliga deltog i studien. Inga bortfall redovisat.	I studien kom man fram till 6 olika beskrivande situationer som besvarade patienternas upplevelse av hur hjärtsvikten hade påverkat deras livssituation.	Medel Kvalitet 6 poäng
Ekman & Ehrenberg 2002 Sverige	Fatigue in chronic heart failure – does gender make	Syftet med studien var att beskriva och jämföra erfarenheten av	Studien var en del av en större randomiserad kontroll studie. Studien som	Deltagande i studien var 158 personer, 66 kvinnor och 92 män. Inga	Beskrivning av trötthet, orsaken till trötthet, vad de skulle vilja göra om de inte	Medel Kvalitet 9 poäng

	a difference	trötthet hos äldre män och kvinnor med hjärtsvikt.	använt hade en beskrivande framställning. De har använt sig av intervjuer med öppen svarsfrågor.	bortfall redovisat.	upplevde trötthet och vad som kunde tillgodose en lindring av trötthet. Deltagarna fick även klassificera sin trötthet på en skala och de fick även beskriva sin generella sinnesstämning.	

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet Poäng
Mårtensson et al 1998 Sverige	Female patients with congestive heart failure: how they conceive their life situation	Syftet med studien var att beskriva ur ett sjuksköterskeperspektiv hur kvinnliga patienter med hjärtsvikt hanterar sin livssituation.	Kvalitativ induktiv metod med ett fenomenografiskt tillvägagångssätt. De använde sig av semi-strukturerade intervjuer, med öppna frågor	12 kvinnor, deltog i studien. Det var 2 kvinnor som inte ville delta i studien.	Fem olika kategorier framkom i studien. De olika var: känna sig belåten, känna en känsla av stöd, känna en känsla av begränsning, känna ångest och känna sig kraftlös.	Medel Kvalitet 6 poäng
Mårtensson Et al 2001 Sverige	Decisive situations influencing spouses' support of patients with heart failure: A critical incident technique analysis	Syftet med studien var att beskriva den avgörande situationen som påverkade närstående till patienter med hjärtsvikt och som kunde påverka effekten av deras förmåga att tillgodose socialt stöd till patienterna.	En kvalitativ beskrivande metod, med en kritisk händelse analys. De använde sig av semi-strukturerade intervjuer	23 personer deltog i studien. 15 stycken var kvinnor och 8 var män, dessa var alla närstående till patienter med hjärtsvikt. Inga bortfall redovisat	När man analyserade resultatet kom man fram till två huvudgrupper: När de närstående kände sig delaktiga/ involverade med andra och när de närstående kände sig utanför.	Hög Kvalitet 8 poäng

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet Poäng
Skobel et al 2005 Tyskland	Impact of sleep-related breathing disorders on health-related quality of life in patients with chronic heart failure	Syftet med studien var att undersöka hur sömnrelaterad andningsstörning påverkar hjärtsviktspatienter.	Kvantitativ metod. Patienternas information i studien jämfördes med informationen från 10 åldersmatchade hälsokontroller och 11 patienter med obstruktiv sömnapné utan hjärtsvikt.	69 patienter med hjärtsvikt från början och efter bortfallet var där 51 patienter som deltog i studien. Bortfall 18 patienter.	I studien undersöktes olika grupper. Kroppslig smärta, fysisk funktion och social funktion detta var det som patienterna med hjärtsvikt och sömnrelaterad andningsstörning upplevde som det som	Medel Kvalitet 10 poäng

					påverkade livskvaliteten mest.	
Mahoney 2001 USA	An ethnographic approach to understanding the illness experiences of patients with congestive heart failure and their family members	Syftet med studien var att få förståelse för sjukdomsupplevelsen hos patienter med hjärtsvikt och deras närstående.	Kvalitativ etnografisk studie. I studien användes observationer både deltagande och bara observationer, av olika demografiska former och semi-strukturerade intervjuer med öppen svarsfrågor och djupfrågor.	28 informanter användes i studien, 16 stycken var patienter och 12 var närstående. Inga bortfall redovisades.	Patienterna och deras närstående upplevde en process av störning, oklarhet och förlikning.	Hög Kvalitet 7 poäng

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagande (Bortfall)	Resultat	Kvalitet Poäng
Mårtensson et al 2005 Sverige	Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention health-related quality of life and depression.	Syftet var att fastställa effekten av sjuksköterskeled intervention som skulle förbättra självständigheten hos hjärtsviktspatienter i förhållande till hälsorelaterad livskvalitet och depression.	En kvantitativ metod, randomiserad kontrollstudie användes.	Från början var där 153 patienter som deltog i studien men efter bortfall var där 130 patienter som följdes upp hela vägen.	De största skillnaderna i resultatet mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen var de olika rollfunktionerna, de rörde sig framförallt om de fysiska begränsningarna och en tendens till förbättrad vitalitet och en bättre social funktion, denna skillnaden försvann dock vid 12- månaders uppföljningen. Interventionsgruppen hade mindre förekommande av depression under den första uppföljningen jämfört med kontrollgruppen, men efter 12 månader var där ingen signifikant skillnad mellan grupperna.	Medel Kvalitet 10 poäng
Eldh Et al 2006 Sverige	The meaning of patient participation for patients	Studiens syfte var utforska fenomen om patienters deltagande och	Fenomenologisk studie användes med deltagande observationer och text från	Fyra patienter och två sjuksköterskor deltog i studien. Ett	Vissa likheter fanns mellan patienters upplevelser av deltagande och	Låg Kvalitet 5 poäng

	and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure.	icke deltagande då de besökte sjuksköterskeledd hjärtsvikt mottagning.	berättande intervjuer.	bortfall från patienterna, dock användes anteckningarna från dennes intervju som ett komplement i analysen av besöksprocessen.	sjuksköterskors upplevelser av deltagande av fenomenet. Skillnaderna var framför allt att patienterna upplevde inte lika stor vikt av deltagande som sjuksköterskorna gjorde. Sjuksköterskorna var nöjda när patienterna var deltagande och uppfattade dessa som om de förstod sin sjukdom och kunde ta till sig informationen. Patienterna upplevde att deltagande innebar att man var delaktig och kände sig sedd.	
--	---	--	------------------------	--	--	--