



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Livet med et sviktende hjerte/Life with a failing heart

Olav Dugstad og Håvard H. Kvalvik

Totalt antall sider inkludert forside: 55

Molde, 29.05.2018 kl 12:00



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.05.2018

Antall ord: 9392

Sammendrag

Bakgrunn: Det er anslått at kronisk sykdom skyldes 70% av alle dødsfall hvert år globalt. Hjerte- og karlidelser står for mesteparten av dødsfallene. 25% av alle dødsfall i Norge skyldes hjerte- og karlidelser. Hjertesvikt er en av de vanligste hjerte- og karlidelsene.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å belyse pasienter sine erfaringer med det å leve med kronisk sykdom.

Metode: En litteraturstudie med 11 kvalitative forskningsartikler fra databasene Ovid Medline og Proquest.

Resultat: Deltakerne i forskningsartiklene beskrev at livet deres hadde fått drastiske endringer som følge av diagnosen. Vi har valgt å presentere resultatene i fire hovedtemaer. Hovedkategoriene beskriver fysiske erfaringer ved hjertesvikt, erfaring med å leve i frykt, sosiale reaksjoner rundt den som har hjertesvikt samt mestring av det å leve med hjertesvikt.

Konklusjon: Denne litteraturstudien viser at kronisk hjertesvikt påvirker flere aspekter ved pasientens liv. Dyspne og fatigue var de viktigste symptomene som påvirket deltakernes daglige liv. Dette førte til begrensninger ved det fysiske, noe som førte til at deres rolle ble endret. Hjertesvikt førte til en rekke psykiske og mentale utfordringer som frykt, depresjon og ensomhet. Flere lærte å forholde seg til kroppen ved hjelp av å teste kroppens grenser og å lytte til den. Noe annet som var viktig for å mestre hjertesvikten var å føle støtte.

Nøkkelord: Hjertesvikt, kvalitativ, erfaringer og å leve med.

Abstract

Background: Every year, chronic diseases are estimated to be responsible for 70% of all deaths worldwide. Cardiovascular diseases are accounting for the majority of the deaths. 25% of all deaths in Norway are due to cardiovascular diseases and heart failure is one of the most common cardiovascular diseases.

Purpose: The purpose of this study was to highlight patients' experience of living with chronic diseases.

Method: A literature study of 11 qualitative research articles from the databases Ovid Medline and Proquest.

Results: The participants in the research articles described that their lives had underwent drastic changes due to their diagnoses. The main categories describe physical experiences of heart failure, experience of living in fear, social reactions to those with heart failure as well as coping of living with heart failure.

Conclusion: This literature review shows that chronic heart failure affects various aspect of the patients' life. Dyspnea and fatigue was the symptoms that affected the patients' daily lives the most. The symptoms led to physical limitations that made the patients perceive themselves differently. Consequently, patients struggled with a lot of psychic and mental challenges such as fear, depression and loneliness. Many learned to adapt themselves to the disease by being mindful of their body's capabilities and limitations. Moreover, social support was deemed essential in order to better live with heart failure.

Keywords: Heart failure, qualitative, experience and living with.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	9
1.1 Begrunnelse for valg av tema.	9
1.2 Hensikt.....	9
1.3 Problemstilling	9
2.0 Bakgrunnsteori	10
2.1 Hjertesvikt	10
2.1.1 Symptomer ved hjertesvikt.....	11
2.1.2 Behandling ved hjertesvikt	11
2.2 Å leve med kronisk hjertesvikt.....	12
3.0 Metode	14
3.1 Datainnsamling	14
3.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	14
3.1.2 P(IC)O-skjema.....	15
3.1.3 Søkestrategi	15
3.2 Kvalitetsvurdering	16
3.3 Etsiske hensyn.....	16
3.4 Analyse	16
4.0 Resultat	18
4.1 They´re flying up the street and I´m crawling up it.....	18
4.2 Am I going to die under this one?	20
4.3 I can´t get on the floor and play with my grandchildren	21
4.4 One can learn to live a good life.....	23
5.0 Diskusjon	25
5.1 Metodediskusjon.....	25
5.1.1 Datainnsamling	25
5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	26
5.1.3 Analyse	27
5.2 Resultatdiskusjon.....	28
5.2.1 Balanse mellom aktivitet og hvile	28
5.2.2 Å leve i frykt for symptomer og framtiden	30
5.2.3 Viktigheten av støtte når rollene endrer seg	32
5.2.4 Å mestre hverdagen	34
6.0 Konklusjon	36

6.1 Videre forskning	37
7.0 Litteraturliste	38

Vedlegg 1: Pico-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema.

Det er anslått at kronisk sykdom skyldes 70% av alle dødsfall hvert år globalt. Hjerter- og karlidelser står for mesteparten av dødsfallene (WHO 2017). 25% av alle dødsfall i Norge skyldes hjerter- og karlidelser (Folkehelseinstituttet 2017). Hjertesvikt er en av de vanligste hjerter- og karlidelsene (Rustøen 2007).

Forekomsten av hjertesvikt er økende. Denne økningen skyldes blant annet at flere som har gjennomgått et hjerteinfarkt overlever infarkt. Hjertesviktbehandlingen er også blitt bedre de siste årene, og det blir stadig flere eldre mennesker (Rustøen 2007).

Hjertesvikt vil være en trussel mot livskvaliteten fordi hjertesvikt påvirker alle sider ved livet (Rustøen 2007). Livskvalitet er et begrep som omhandler både fysiske, psykologiske og sosiale sider ved livet (Kristoffersen 2015). Det er viktig å vite at symptomene ved hjertesvikt vil begrense det hverdagslige livet, dette kan føre til isolasjon, depresjon, frykt og verdiløshet (Olano-Lizarraga et al. 2016). Derfor er det viktig at helsepersonell og pårørende tilegner seg kunnskap om hvordan sykdommen erfarer av pasienten.

Derfor mener vi at det er nødvendig å ta for oss pasienters erfaringer ved sykdommen for å kunne utøve bedre sykepleie. Vi mener det er viktig å vite noe om dette temaet med tanke på hvor mange som lever med denne diagnosen.

Vi interesserer oss for hjerte og sirkulasjonssystemet, hvilke implikasjoner hjertesvikt har for helse og livskvalitet og mener derfor at hjertesvikt er en naturlig diagnose å fokusere på og lære mer om.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne studien var å belyse pasienters erfaringer med det å leve med kronisk sykdom.

1.3 Problemstilling

Hvordan erfarer pasienter med kronisk hjertesvikt å leve med sin sykdom?

2.0 Bakgrunnsteori

I dette kapitlet beskriver vi relevant teori opp i mot vår hensikt og problemstilling.

2.1 Hjertesvikt

Ved hjertesvikt, *insufficiencia cordis*, er hjertet sin pumpeevne svekket, det vil si at hjerte ikke klarer å pumpe tilstrekkelig med blod ut i kroppen. Etterspørselen av blod er større enn det hjertet kan tilby. Ved hjertesvikt vil blodgjennomstrømmingen i vitale organer som hjerte, hjerne, muskulatur og endokrine organer blir opprettholdt lengst mulig, mens blodgjennomstrømmingen i nyrer, lever, hud og, mage-tarm-kanalen blir redusert. Siden blodgjennomstrømmingen til nyrene blir nedprioritert så vil dette aktivere renin-angiotensin-aldosteron-systemet. Dette fører til at natrium og vann holdes tilbake i kroppen, og til et økt blodvolum som vil gi økt belastning på hjertet og hjertesvikten vil utvikle seg (Jacobsen et al. 2010).

De vanligste årsakene til hjertesvikt er koronarsykdom, hypertensjon, klaffefeil, arytmier, lungesykdommer og andre årsaker. Det vanligste symptomet ved hjertesvikt er dyspné (tung pust, åndenød). Tungpusten utvikler seg ofte gradvis ettersom hjertesvikten utvikler seg (Jacobsen et al. 2010).

Graden av hjertesvikt kan klassifiseres etter New York Heart Association (NYHA). Klassifiseringen består av fire klasser, avhengig av den fysiske aktivitetstilstanden til pasienten (Jacobsen et al. 2010).

Funksjonsklasse I	<i>Asymptomatisk hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt uten begrensninger i vanlig fysisk aktivitet. Vanlig fysisk aktivitet medfører ingen følelse av utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina.
Funksjonsklasse II	<i>Lett hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt med lett begrensning i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile og ved lett fysisk anstrengelse, men større belastninger gir tydelig utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina.

Funksjonsklasse III	<i>Moderat hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt med markert begrensning i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile, men lett fysisk aktivitet som påkledning eller gange i lett motbakke gir utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina.
Funksjonsklasse IV	<i>Alvorlig hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt som ikke tillater noen form for fysisk aktivitet uten at det gir ubehag. Symptomer som skyldes hjertesvikten, er til stede i hvile.

(Eikeland, Stubberud og Haugland 2016, 253).

2.1.1 Symptomer ved hjertesvikt

I en tidlig startfase er det ofte de subjektive symptomene pasienten beskriver som vil være grunnlaget for god diagnostikk, fordi sykdommen ofte utvikler seg svært langsomt. I startfasen har pasienten gjerne få symptomer. Symptomene og begrensningene øker i takt med sykdommen. Typiske symptomer i startfasen vil ofte være dyspné ved aktivitet, fatigue (tretthet) og manglende evne til å utføre daglige gjøremål. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil pasientene ofte føle på søvnløshet, kronisk tretthetsfølelse, angst, depresjon, endret kognitiv funksjon, ødemer samt problemer i sosiale kontekster (Eikeland, Haugland og Stubberud 2016).

2.1.2 Behandling ved hjertesvikt

Det er viktig å avklare hvilken grad av hjertesvikt som foreligger hos den enkelte pasient, samt få avdekket årsaksforholdet, for å kunne gi riktig behandling. Hovedprinsippene ved behandling av hjertesvikt er å redusere hjertets arbeid, optimalisere minuttvolumet og forebygge akutte forverrelser (Eikeland, Haugland og Stubberud 2016). Behandlingen av hjertesvikt er kirurgisk, medikamentell og ikke-medikamentell (Jacobsen et al. 2017).

Kirurgisk behandling blir vanligvis utført ved alvorlig hjertesvikt, gjerne ved funksjonsklasse III og IV. Eksempler på kirurgisk behandling kan være bypassoperasjon, implantasjon av klaffeprotese og hjertetransplantasjon. Den medisinske behandlingen går parallelt eller er eneste behandling hvis pasienten ikke blir operert. (Jacobsen et al. 2017). De viktigste legemidlene som brukes i behandling av kronisk hjertesvikt er ACE-hemmere, betablokkere, diuretika og digitalis (Eikeland, Haugland og Stubberud 2016).

Det å gi pasienten informasjon og kunnskap om situasjonen er også viktige elementer i behandlingen. Her må sykepleier informere om at væske- og saltinntaket ikke skal variere for mye. Væskebalansen kan en håndtere ved å kontrollere kroppsvekten regelmessig (Ørn og Brunvand 2011). Overvektige pasienter bør oppmuntres til å slanke seg under veiledning av ernæringsfysiolog, samt avstå fra store måltider (Jacobsen et al. 2017). Pasienten må motiveres til å være så fysisk aktiv som mulig. Sykepleier bør henvise pasienten til grupper med kompetanse for slik trening. Hvordan medikamentene fungerer og eventuelle bivirkninger som kan oppstå er det også viktig å informere om (Ørn og Brunvand 2011).

Kronisk hjertesvikt er en alvorlig sykdom. Sykdommen kan bli så alvorlig at mulighetene til å leve videre er små. Den siste levetiden vil for mange være preget av perioder med forverring av tilstanden. Eget hjem eller sykehjem vil som regel være en preferanse, men dersom de nødvendige ressursene ikke er til stede, kan en sykehusinnleggelse være aktuelt med tanke på palliativ behandling (Brodtkorb 2014).

2.2 Å leve med kronisk hjertesvikt

Hjertesvikt kan være akutt og gå over ved rask behandling, men er som nevnt over vanligvis en tilstand som utvikler seg gradvis (Eikeland, Haugland og Stubberud 2016). I denne studien fokuserer vi på hjertesvikt som en kronisk sykdom. Kronisk sykdom kan defineres slik:

Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (Gjengedal og Hanestad 2007, 13).

Endringene ved å leve med kronisk sykdom er individuelle, noen opplever endringene som dramatiske, mens andre opplever dem mer moderate. Det å leve med kronisk hjertesvikt fører som regel med tap av både fysiske og psykiske funksjoner. Dette kan medføre manglende evne til å prestere som før, og pasienter med hjertesvikt opplever ofte endringer i evne til å utføre daglige aktiviteter. Funksjonsnedsettelse og begrensninger i livsutfoldelse kan være vanskelig for personer som har med seg minner om tidligere liv uten sykdom og forventninger om å fortsatt være frisk og i aktivitet. For å kunne håndtere sin nye livssituasjon må den enkelte akseptere den, finne ut hva som fungerer og etablere nye mestringsstrategier tilpasset den nye tilværelsen som kronisk syk. Mestring kan forstås som

en persons evne til å overkomme den følelsesmessige prosessen i å møte utfordringer, skape nye forventninger og mål (Vifladt og Hopen 2004).

3.0 Metode

I følge retningslinjene ved høgskolen i Molde «Generelle retningslinjer for avsluttende bachelorexamen i sykepleie», skal det gjennomføres en litteraturstudie. Litteraturstudien skal være en fordypning i temaet sykepleie og skal gi ny kunnskap som har betydning for sykepleiernes utdanning og yrkesfunksjon. Målet er at studiens resultater senere kan anvendes i sykepleiefagets undervisning og klinisk praksis (Eines et al. 2018).

En litteraturstudie er en studie som skal inneholde en tydelig formulert problemstilling som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, kritisk vurdere og deretter analysere all relevant forskning innenfor et område

(Forsberg og Wengström 2008).

I dette kapitlet gjør vi rede for hvordan litteraturstudien vår ble gjennomført.

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke pasienters erfaring med å leve med kronisk sykdom. Det nevnes i Forsberg og Wengström (2008) at inklusjons- og eksklusjonskriterier er til hjelp og nødvendig for å søke og finne relevant litteratur opp imot hensikten.

Inklusjonskriterier:

- Kronisk hjertesvikt
- Pasientperspektiv
- Erfaringer
- Kvalitativ metode
- Artikler fra 2004-2018
- Fagfellevurderte artikler
- Norsk eller engelsk språklige artikler

Eksklusjonskriterier:

- Barn og ungdom
- Kvantitativ metode

- Pårørendeperspektiv
- Sykepleie og annet helsepersonell perspektiv

3.1.2 P(IC)O-skjema

Vi utarbeidet et PICO-skjema. Skjemaet er hentet fra kunnskapssenteret, dette skal være til hjelp med å finne en god struktur, trekke ut de viktigste elementene ved problemstillingen og tydeliggjøre den. I PICO-skjemaet representerer hver bokstav en betydning. P står for pasientgruppe (problem), I står for tiltak (intervention), C står for sammenligning (comparison) og O står for utfall (outcome) (Nortvedt et al. 2012). Det ble bestilt time hos en bibliotekar da begge var uerfarne med PICO-skjema og hvordan litteratursøk skulle utføres. Dette hjalp oss videre i arbeidet. Problemstillingen var hvordan pasienter erfarer å leve med kronisk hjertesvikt. Da vi ikke skulle skrive noe om tiltak ved hjertesvikt, var det hensiktsmessig å utelukke I. Deretter ble C automatisk utelukket av den grunn at det ikke var noen tiltak å sammenligne. Vi benyttet P(IC)O-skjema videre i søkeprosessen (Vedlegg 1).

3.1.3 Søkestrategi

Søkeprosessen startet etter at vi hadde skrevet ned inklusjons- og eksklusjonskriteriene, samt laget en problemstilling med et P(IC)O-skjema rettet opp mot dette. Vi identifiserte databasene Proquest, Ovid Medline og Cinahl, dette er ulike databaser som hovedsakelig inneholder vitenskapelige artikler innen sykepleie og medisin.

Vi valgte å bruke trunkering på søkeordet «experience». Trunkering vil si å søke på stammen av et ord (Nortvedt et al. 2012). Søkeordene «Heart failure», «Experience*» og «qualitative», ble brukt ved første søk 03.04.18. For å kombinere søkeordene, brukte vi kombinasjonsordet AND. Ved å bruke AND som kombinasjonsord avgrenser man søket ved å gi treff på artikler som inneholder alle søkeordene (Nortvedt et al. 2012).

Avslutningsvis benyttet vi «avansert søk», dette ga oss muligheten til å avgrense søket ytterligere. Her avgrenset vi til norsk- og engelskspråklige artikler fra 2004 til i dag. Dette ga oss 237 treff på Ovid Medline. Vi leste gjennom hver overskrift, 46 abstracts og 25 artikler (Vedlegg 2). Deretter sto vi igjen med 17 artikler. Vi gjennomførte det samme søket i Proquest og Cinahl for å være sikre på at vi hadde funnet de beste artikkelene. Det viste seg at artikkelene gikk igjen i alle databasene.

Vi utførte et nytt søk 04.04.18 (Vedlegg 2) der vi byttet ut søkeordet experience* med living with. Vi utførte samme avgrensninger som ved forrige søk. Søket ble utført i de ulike databasene som nevnt. Søket som ble utført i Proquest resulterte i 306 treff, her leste vi 16 abstracts og 6 artikler. Vi valgte å inkludere en av disse. Totalt resulterte dette til 18 artikler.

3.2 Kvalitetsvurdering

Vi startet med å se om artiklene var fagfellevurdert i publiseringkanalen for Norsk senter for forskningsdata (NSD 2017). Samtlige artikler var publisert i tidsskrift og var fagfellevurdert. Hver artikkel ble kritisk vurdert ved hjelp av kvalitative sjekklister (Folkehelseinstituttet 2014). Vi startet med 18 artikler, av disse ble syv artikler ekskludert etter vår vurdering. Deretter endte vi opp med elleve.

Artiklene vi har funnet er kvalitative. I sjekklisten er det 10 spørsmål som vurderer kvaliteten på forskningsartiklene, spørsmålene besvares med «ja», «nei» eller «uklart» med begrunnelse. Fem av artiklene ble besvart med 10 «ja», og samtlige hadde minimum 9 «ja». Årsaken til at noen punkter ikke ble besvart med «ja», var at det ikke ble nevnt noe om begrensninger i artiklene eller om forfatterens ståsted. I den ene artikkelen var studien gjennomført i Singapore. I to av artiklene var deltakerne kvinner og i en artikkel var deltakerne menn. Vi konkluderte med at alle artiklene var av god kvalitet. Oversiktstabeller i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artiklene ligger vedlagt. (Vedlegg 3).

3.3 Etske hensyn

Innen litteraturstudier bør det velges studier som har blitt godkjent av en forskningsetisk komité eller at det dokumenteres at forskningsetiske hensyn har blitt ivaretatt (Forsberg og Wengström 2008). Alle artiklene er enten godkjent av en etisk komité, har ivaretatt etiske hensyn i forhold til anonymisering av deltakerne eller at de har gitt sitt samtykke og deltatt av egen fri vilje.

Det er viktig at vi som studenter forholder oss til generelle forskningsetiske retningslinjer gjennom arbeidet vi utfører (Etikkom 2016). Vi har derfor opptrådt ansvarlig og etterrettelig overfor hverandre som samarbeidspartnere.

3.4 Analyse

Vi har valgt å bruke Evans sin analysemodell i analyseringen av forskningsartiklene. Analysemodellen består av fire faser, dette for at vi skal utføre arbeidet mer systematisk. De

forskjellige fasene går ut på å samle inn studier, indentifisere nøkkelfunn, relatere nøkkelfunn på tvers av studiene og samle felles funn for å kunne beskrive fenomener (Evans 2002).

I den første fasen innhentet vi forskningsartikler (Evans 2002). Vi startet tidlig med å innhente aktuelle forskningsartikler og sørget for å lagre søk underveis og kvalitetsvurdere artiklene fortløpende. Det var flere artikler vi ikke kunne bruke, da de ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre, eller var review-artikler. Hvordan vi samlet litteraturen vår står beskrevet i kapitlet «3.1 datainnsamling».

I fase to identifiserte vi aktuelle nøkkelfunn i hver enkelt artikkel (Evans 2002). Vi printet ut to eksemplarer av hver artikkel, slik at vi kunne gå gjennom resultatene hver for oss. Når vi hadde lest gjennom alle artiklene, møttes vi på skolen, diskuterte og forsikret oss om at vi hadde kommet frem til samme hovedfunn. Vi markerte funnene i hver artikkel og førte dette inn i et dokument for å få det mer oversiktlig.

I fase tre relaterte vi funn på tvers av forskningsartiklene (Evans 2002).

Vi gikk gjennom hvert enkelt hovedfunn på tvers av artiklene, for å finne ut hvilke funn som gikk igjen i flest artikler. Videre markerte vi funnene med markeringstusj av ulike farger for å få en bedre oversikt. Deretter gikk vi gjennom hver artikkel enda en gang, denne gangen tok vi med aktuelle sitater vi kunne bruke, samt forsikret oss om at vi ikke hadde utelatt noe vesentlig.

I fase fire samlet vi felles funn for å beskrive fenomener (Evans 2002). Her fordelte vi funnene i fire hovedkategorier som vises i resultatdelen.

4.0 Resultat

Det å leve med hjertesvikt kan være veldig utfordrende for den enkelte. Sykdommen utløser psykiske, fysiske og sosiale reaksjoner. I dette kapitlet skal vi presentere resultatene vi har funnet. Vi har valgt å presentere resultatene i fire hovedtemaer. Hovedkategoriene beskriver fysiske erfaringer ved hjertesvikt, psykiske reaksjoner ved hjertesvikt, sosiale reaksjoner rundt den som har hjertesvikt samt mestring av det å leve med hjertesvikt.

4.1 They're flying up the street and I'm crawling up it

I de fleste artiklene beskrev deltakerne hvordan deres liv ble påvirket av symptomene hjertesvikt medfører. De viktigste symptomene som begrenset deres fysiske evne var dyspné og fatigue. Dette førte til økt behov for hvile som resulterte i at aktivitetsnivået ble redusert (Seah et al. 2016, Europe og Tyni-Lenné 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Ryan og Farelly 2009, Falk, Wahn og Lidell 2007, Burström et al. 2012, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017 og Mahoney-Davies et al. 2017).

Det nevnes i flere artikler at deltakerne måtte redusere aktivitetsnivået, det ble beskrevet at det var vanskelig å utføre hverdagslige aktiviteter over en lengre periode. Forbindelsen mellom fatigue og dyspné resulterte i fysiske og psykiske utfordringer (Thornhill et al. 2008, Seah et al. 2016, Europe og Tyni-Lenné 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Ryan og Farelly 2009, Falk, Wahn og Lidell 2007, Burström et al. 2012, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009, Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017 og Mahoney-Davies et al. 2017).

“I'm 54 years old, still young and when I see 70 yr olds walking the street and passing me by I feel like a right idiot, they're flying up the street and I'm crawling up it” (Ryan og Farelly 2009, 227).

Flere av deltakerne snakket om hvordan deres fysiske begrensninger hadde ført til at de måtte justere og planlegge dagen grunnet symptomenes uforutsigbare karakter (Thornhill et al. 2008, Falk, Wahn og Lidell 2007, Burström et al. 2012, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009, Pihl, Fridlund og Mårtensson 2001 og Walthall, Jenkinson og Boulton 2017).

Noen deltakere ga uttrykk for passivitet når det gjelder fysisk aktivitet i dagliglivet. Deltakerne fortalte at det oppsto en ubestemt frykt for å anstrenge seg selv eller utføre aktiviteter. Dette førte til at deltakerne unngikk aktiviteter i det daglige livet (Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011, Ryan og Farelly 2009 og Burström et al. 2012).

“I don’t think I dare to dig or rake and I don’t really know how much I dare to do because of my heart” (Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011, 7).

Det fysiske ubehaget av fatigue og dyspné påvirket deltakeres evne til å utføre hverdagsoppgaver. Deltakere beskrev en følelse av tap av ting de tidligere likte eller verdsatte (Mahoney-Davies et al. 2017, Europe og Tyni-Lenné 2004, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017, Burström et al 2012, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009 og Falk, Wahn og Lidell 2007).

For noen var tap av aktivitet opplevd som en sorg og en følelse av at livet var mindre verdifullt. Andre holdt en mer positiv holdning og så på måter å tilpasse sine liv til sykdommen (Thornhill et al 2008, Burström et al 2012, Ryan og Farelly 2009 og Seah et al. 2012).

«I’ve got other things now I mean I, I’ve got, I’d had absolutely no involvement with computers up until my heart attack and the first thing I did was went and bought myself a PC, got the internet, I’ve now got broad band internet and I find the occupies most of my time” (Thornhill et al 2008, 163).

Flere deltakere indikerte at det var viktig med tilstrekkelig hvile. Hvile ble brukt til både langsiktig og kortsiktig symptomkontroll samt for å opprettholde evnen til å utføre aktiviteter (Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009, Ryan og Farelly 2009 og Burström et al. 2012).

Deltakerne beskrev at dyspné ga en følelse av å ikke kunne puste og at fatigue påvirket deres fysiske kapasitet. Deltakerne beskrev hvordan dyspné og fatigue påvirket deres søvn og tretthet. Nattetid syntes å være en særlig vanskelig tid for deltakerne (Mahoney-Davies et al. 2017, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017 og Europe og Tyni-Lenné 2004).

“I was unable to sleep at night. I just sit down here downstairs coughing, trying to get my breath. I was struggling getting upstairs; I had to crawl upstairs to get to the toilet” (Walthall, Jenkinson og Boulton 2017, 2040).

Det ble nevnt at de måtte gjøre endringer i søvnrutinen. Mange av dem syntes det var mer behagelig å sove oppreist i lenestoler og i uvanlige stillinger (Mahoney-Davies et al. 2017, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017 og Europe og Tyni-Lenné 2004).

«I was sleeping sitting down and moving, finding the place where it wouldn't hurt, and staying like that as I sleep for maybe an hour” (Mahoney-Davies et al. 2017, 194).

Med dårlige netter, ble behovet for hvile enda sterkere på dagtid, dette resulterte i redusert aktivitetsnivå (Mahoney-Davies et al. 2017, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017 og Europe og Tyni-Lenné 2004).

4.2 Am I going to die under this one?

Et av funnene viste at hjertesvikt medbrakte flere psykiske og mentale utfordringer. Angst, frykt, depresjon, ensomhet, frustrasjon og skyldfølelse går igjen hos flere av deltakerne, ofte grunnet de fysiske symptomene hjertesvikt medfører (Thornhill et al 2008, Mahoney-Davies et al. 2017, Seah et al. 2016, Europe et al. 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Ryan og Farrelly 2009, Burström et al. 2012, Allen, Arslanian-Engoren, Lynch-Sauer 2009, Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017).

Det kom frem i flere artikler at deltakerne var bekymret over døden og hva framtiden vil bringe (Seah et al. 2016, Burström et al. 2012, Mahoney-Davies et al. 2017, Europe et al. 2004, Ryan og Farrelly 2009, Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011, Thornhill et al. 2008, Falk, Wahn og Lidell 2007, Allen, Arslanian-Engoren, Lynch-Sauer 2009, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017). Deltakerne fortalte at det leve å med hjertesvikt var svært uforutsigbart og at symptomene kan svinge veldig. Tanker om døden oppsto spesielt når deltakerne erfarte de sterke symptomene hjertesvikt kan medføre, og da spesielt dyspné, hjertebank og brystmerter (Seah et al. 2016, Burström et al. 2012, Europe et al. 2004, Ryan og Farrelly 2009).

En kvinne beskrev hvordan nettene hennes ofte utartet seg grunnet dyspné:

«They're all terrifying at night- I go "Uh oh here we go again" you just have to get out- put your feet on the floor, and you think "Will I ring the ambulance or not?" or "Am I going to die under this one?" But most times I don't ring anybody I just sit up all night waiting for it to pass and there's nobody in the house so that's really frightening" (Ryan og Farrelly 2009, 226).

Selv om mange av deltakerne hadde negative tanker rundt framtiden og døden, så var det flere deltakere som ikke var nevneverdig bekymret over hva framtiden vil bringe (Seah et al. 2016, Burström et al. 2012, Europe et al. 2004, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009).

"I try to forget what has happened to me but when this thing happen(ed) I have to accept it. What is there is there, you see" (Seah et al. 2016, 395).

Flere av deltakerne valgte å ta en dag av gangen, uten å fokusere på døden (Seah et al. 2016, Burström et al. 2012, Europe et al. 2004, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009).

4.3 I can't get on the floor and play with my grandchildren

Kronisk hjertesvikt medførte en rekke sosiale utfordringer for deltakerne. De fysiske symptomene førte ofte til en endring ved deltakernes rolle i livet (Thornhill et al. 2008, Europe og Tyni-Lenné 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009, Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017 og Mahoney-Davies et al. 2017). Det kommer klart frem at god støtte og hjelp fra pårørende var viktig for å mestre sosiale utfordringer (Thornhill et al. 2008, Seah et al. 2016, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Falk, Wahn og Lidell 2007, Burström et al. 2012, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009 og Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011).

I flere av artiklene ble det beskrevet om tap eller endring ved deres egne roller. Deltakerne slet med å mestre kravene fra deres tidligere sosiale liv. De opplevde betydelige endringer i deres rolle som følge av det fysiske. Det fysiske ubehaget og trettheten påvirket deres evne til å utføre daglige oppgaver. Dette førte til at rollen deres ble endret i en gruppe eller i familien. Deltakerne erfarte at pårørende og ektefeller tok på seg roller som de tidligere anså

som deres egne (Thornhill et al. 2008, Europe og Tyni-Lenné 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009, Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017 og Mahoney-Davies et al. 2017).

I Walthall, Jenkinson og Boulton (2017) beskriver en 66 år gammel mann hvordan hjertesvikten har påvirket livet hans:

“I am fairly limited to what I can do now... I can't get on the floor and play with my grandchildren, we can't go on holiday as we can't get insurance... Yes it has impacted on my life.

Det nevnes i flere artikler at deltakerne opplevde endringer ved jobben deres på grunn av hjertesvikten, enkelte måtte endre deres stilling eller pensjonere seg. Samtlige opplevde dette negativt og videre førte det til følelsesmessige reaksjoner som frustrasjon, sorg og en form for sosial isolasjon. Deltakerne mistet deres roller som en konsekvens av hjertesvikten og den ble erstattet av virkeligheten ved det å være syk (Thornhill et al. 2008, Europe et al. 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009, Walthall, Jenkinson og Boulton 2017).

I åtte av våre artikler kommer det klart frem at støtte og hjelp fra familie og venner var essensielt for å kunne leve med hjertesvikt (Thornhill et al. 2008, Seah et al. 2016, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Falk, Wahn og Lidell 2007, Burström et al. 2012, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009 og Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011).

I Pihl, Fridlund og Mårtensson (2011, 6), beskrev en deltaker viktigheten av det å få god hjelp:

“There's a lot that needs to be done. I make a list of things that I can't manage myself. For example, I can't carry a whole basket of laundry from the basement.
// But my children take care of that when they come home”.

Pårørende var en viktig ressurs for flere av deltakerne, både for å få utført praktiske oppgaver de ikke mestrer, men også for å kunne ha noen å snakke med (Thornhill et al. 2008, Seah et al. 2016, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Falk, Wahn og Lidell 2007, Burström et al. 2012, Allen, Arslanian-Engoren og Lynch-Sauer 2009, Pihl, Fridlund og

Mårtensson 2011). Selv for deltakere som i utgangspunktet ikke likte å snakke om helseproblemene sine med andre, var pårørende en viktig og hjelpsom ressurs (Thornhill et al. 2008).

“It cheers you up, it cheers you up...to have them rally around” (Thornhill et al. 2008, 165).

Flere av deltakerne satte stor pris på hjelpen de fikk fra pårørende og venner, men enkelte følte seg hjelpeløse siden de mente at hjelpen de fikk var en påminnelse om at de var syke (Nordgren, Asp og Fagerberg 2007). Noen deltakere så på seg selv som en byrde siden de følte at de hele tiden måtte ha hjelp (Thornhill et al. 2008, Seah et al. 2016, Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011, Ryan og Farrelly 2009 og Burström et al. 2012).

4.4 One can learn to live a good life

Det ble nevnt at det var mulig å lære seg å leve innenfor den forandrende og begrensende livssituasjonen (Thornhill et al. 2008, Mahoney-Davies et al. 2017, Seah et al. 2016, Europe og Tyni-lenné 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Falk, Wahn og Lidell 2007, Burström et al. 2012 og Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011). Deltakerne beskrev at aksept av sykdommen og endringer ved deres livsstil var grunnleggende for å mestre sykdommen (Seah et al. 2016, Europe og Tyni-lenné 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007 og Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011).

“I have to accept it. What is there is there, you see” (Seah et al. 2016, 395).

På grunn av deltakernes begrensede liv, uforutsigbare helsesituasjon og følelsesmessige svingninger var det nødvendig å få kontroll over kroppen for å oppnå balanse i livet. Det ble nevnt at deltakerne levde dag for dag og var takknemlige for hva de kunne utrette på hvilken som helst dag (Thornhill et al. 2008, Mahoney-Davies et al. 2017, Seah et al. 2016, Europe og Tyni-lenné 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Falk, Wahn og Lidell 2007 og Burström et al. 2012).

I Nordgren, Asp og Fagerberg (2007, 9), beskrev en deltaker at det var mulig å ha et godt liv på tross av sykdommen:

«I mean, one... one can learn to live a good life even though one has a chronic illness...(I:Yes..) as long as you believe it yourself.»

Det viste seg at deltakerne testet kroppens grenser og lyttet til kroppen. Dette ga deltakerne en mulighet til å lære å forholde seg til kroppen og leve i deres livssituasjon. Glede og tilfredshet ble beskrevet når de klarte å balansere kroppen og deres livssituasjon. De uttrykte også viktigheten av å forbli i samme nettverk, være blant venner, føle støtte og å føle seg trygg i sitt hjem (Thornhill et al. 2008, Mahoney-Davies et al. 2017, Seah et al. 2016, Europe og Tyni-lenné 2004, Nordgren, Asp og Fagerberg 2007, Falk, Wahn og Lidell 2007, Burström et al. 2012, Pihl, Fridlund og Mårtensson 2011 og Walthall, Jenkinson og Boulton 2017). Noen deltakere lyktes ikke i deres forsøk på å mestre sykdommen og viste en mangel på motivasjon for å beherske tilstanden (Seah et al. 2016 og Nordgren, Asp og Fagerberg 2007).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen diskuterer vi vår fremgangsmåte og dens svakheter og styrker.

5.1.1 Datainnsamling

Vi ønsket å belyse pasienters erfaringer med kronisk sykdom. Kvalitativ metode ble valgt som et av inklusjonskriteriene fordi dette går ut på å undersøke erfaringer ved hendelser (Nortvedt et al. 2012). Derfor ble det naturlig for oss å inkludere erfaringer og ekskludere kvantitativ metode. Vi ser det som en styrke at alle våre artikler er av kvalitativ forskning. Vi satte ingen begrensninger når det gjaldt funksjonsklassene på hjertesvikt deltakerne i studiene skulle ha. Dette fordi vi anser alle funksjonsklassene som relevante. Dette kan være en mulig svakhet da opplevelser og erfaringer kan variere ut ifra hvilket stadium av sykdommen man har.

Ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene utarbeidet vi et P(IC)O-skjema som skulle brukes til å utføre litteratursøk. Under veiledningen av bibliotekaren fikk vi frem et bedre skjema med gode søkeord etter diskusjon rundt temaet. Aktuelle databaser og tips om ulike funksjoner som var mest relevant for sykepleierstudenter, ble forklart. Det kan ses som en styrke at vi fikk veiledning av noen som har kunnskap innenfor databasesøk.

Vi startet med å søke i Ovid Medline. På dette søket fant vi ti av de elleve artiklene vi inkluderte. Det ble diskutert om det kunne være en mulig svakhet å ha de fleste artiklene i et søk. Vi ble enige om at vi skulle utføre det samme søket i de andre relevante databasene. Her fant vi alle artiklene vi hadde funnet tidligere noe som kan regnes som en styrke med søkeprosessen. Ingen nye artikler ved dette søket ble inkludert etter vår vurdering. Det kan nevnes at vi har liten erfaring i det å vurdere artikler. Dette kan ha resultert i at vi utelukket noen gode artikler og dette kan være en svakhet ved vår søkeprosess.

Vi ville forsikre oss ytterligere om at vi ikke hadde utelukket noen gode artikler.

Derfor utførte vi et nytt søk i databasene Proquest, Cinahl og Ovid Medline der vi substituerte søkeordet *experience** med *living with**. Vi tenkte at disse ordene omhandler det samme, men at det kunne resultere i andre artikler enn det første søket. Dette resulterte i at vi fant en artikkel i Proquest. I tillegg fant vi flere av de samme artiklene vi hadde fra før

av. Det nevnes i «3.1.3 søkestrategi» at vi leste 16 abstracts, dette er utenom de inkluderte artiklene som nevnt ved forrige søk. Det ble gjort avgrensninger ved hjelp av «avansert søk» og søket ble avgrenset fra 2004 til i dag. Dette gjorde vi for å få flere treff og for å ikke utelukke gode artikler. Vi diskuterte og kom fram til at erfaringer med hjertesvikt vil være relativt likt selv om det er eldre forskning. Det som kan være en forskjell er bedre helsevesen, medisiner og tilbud i dag som kan hjelpe en til å håndtere sykdommen. En artikkel var fra 2004 (Europe, Eeva og Raija Tyni-Lenné, 2004), resten av artiklene var fra 2007 til 2017, dette kan være en mulig svakhet. Vi tok en sammenfattende vurdering og kom frem til at funnene fra de eldre artiklene stemte overens med funn fra nyere forskning. Derfor kan dette også ses på som en styrke.

5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

I følge Eines et al. (2018), skal bacheloroppgaven inneholde ti til tolv originale forskningsartikler. Vi endte til slutt på elleve artikler vi mente var av god kvalitet, dette kan være en svakhet, da vi kan ha gått glipp av gode og interessante artikler som svarer på vår problemstilling. Vi hadde flere relevante artikler, men måtte ekskludere disse grunnet høgskolens krav og artiklenes kvalitet. I følge Nortvedt et al. (2012), så kan man bruke sjekklister med kontrollspørsmål når man skal vurdere kvaliteten til en forskningsartikkel. Når man bruker sjekklister for å vurdere kvaliteten av en artikkel, vil det være subjektive oppfatninger av hva en god artikkel bør inneholde. Vi har ikke nok kompetanse til å utføre en slik vurdering og dette kan være en svakhet. Noe som kan redusere denne svakheten, er at vi gikk gjennom artiklene hver for oss, for så å diskutere om artikkelen var av god kvalitet eller ikke.

Sjekklisten for kvalitative forskningsartikler har vi hentet ut fra nettsiden til folkehelseinstituttet. Da vi skulle utføre vurderingen av kvaliteten, la vi mest vekt på de innledende spørsmålene på sjekklistene. «Er formålet med studien klart formulert?» og «Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?». Hvis ikke disse spørsmålene ble besvart med ja, forkastet vi artikkelen. Dette ser vi på som en styrke ved vår studie.

På fem av totalt elleve artikler ble samtlige spørsmål besvart med «ja», dette mener vi er en styrke. De resterende seks artiklene manglet enten forfatterens ståsted, mulige begrensninger ved artiklene eller godkjenning av en etisk komité, dette kan være en mulighet svakhet. Vi valgte likevel å inkludere artiklene, da vi mente de var av god kvalitet. To av artiklene våre

var ikke godkjent av en etisk komité, men det kom klart frem at deltakerne hadde samtykket til å være med, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien.

En av studiene er utført i Singapore. Dette kan ses på som en mulig svakhet, da vi helst ønsket studier fra den vestlige verden. Noe som kan oppveie denne svakheten er at funnene fra den aktuelle artikkelen stemte overens med de andre artiklene. Som nevnt i 3.2 «kvalitetsvurdering» var to av artiklenes deltakere kvinner og i en annen artikkel var det menn. Dette kan ses på som en svakhet. Vi valgte likevel å inkludere artiklene da flere funn stemte overens med de resterende artiklene.

Etter at vi hadde gått gjennom sjekklisten, samt sjekket at artiklene var fagfellevurdert, tok vi den endelige beslutningen om artiklene var av god kvalitet eller ikke. Da vi vurderte kvaliteten, tok vi vurderingsskjemaet, artikkelens struktur og om artikkelen svarte på vår problemstilling i betraktning. Det kan muligens være en svakhet, da vi kan ha feiltolket kvaliteten til artiklene.

Alle artiklene var godkjent av en etisk komité eller etiske hensyn var ivaretatt gjennom studiene. Dette ser vi på som en styrke da vi vektlegger pasienten sine rettigheter. Det er viktig for oss å finne artikler hvor forskerne behandlet personene på en respektfull måte, innenfor etiske hensyn.

Vi har begge møtt pasienter med kronisk hjertesvikt gjennom praksis. Derfor hadde vi noe innsikt i temaet vi undersøkte. Dette kan både ses på som en svakhet og en styrke, derfor fokuserte vi på å møte problemstillingen med objektivitet.

5.1.3 Analyse

Vi valgte å bruke Evans (2002) fire faser i analyseprosessen, fordi vi mener at det er en oversiktlig måte å gjøre det på. Det at vi valgte å identifisere nøkkelfunn i alle artiklene hver for oss, for så å gå gjennom hver artikkel sammen, ser vi på som en styrke. Dette gjorde vi for å forsikre oss om at vi ikke gikk glipp av noe vesentlig. Vi har søkt på engelsk- og norskspråklige artikler, men samtlige artikler er skrevet på engelsk. Det at alle artiklene er skrevet på engelsk, ser vi på som en svakhet, da vi kan ha feiltolket innhold, eller unnlatt å ta med relevante funn. En av oss har vært på utveksling i New Zealand hvor både teori og praksis har foregått på engelsk. Dette ser vi på som en styrke siden alle artiklene våre er

engelskspråklige. Sitatene vi har valgt å ta med i resultatdelen er på originalspråket. Dette har vi valgt å gjøre for å unngå mistolkning.

Etter gjennomført analyse satt vi igjen med sterke funn i resultatdelen fordi de samme funnene går igjen i mange av artiklene. Dette ser vi på som en styrke. Enkelte funn kan gå litt inn i hverandre, noe som kan være en mulig svakhet. Fordi det har vært vanskelig å skrive om funnene hver for seg. Etter gjennomført analyse satt vi igjen med sterke funn i resultatdelen fordi vi valgte å inkludere funn som går igjen i mange av artiklene. Dette kan ses på som en styrke. Det at vi har unnlatt å inkludere funn som går på tvers i få artikler, ser vi på som en styrke. Dette kan også være en svakhet med vår studie, da enkelte av disse funnene kan være relevante for praksis.

5.2 Resultatdiskusjon

Som framtidige sykepleiere er et av våre hovedmål å bli kjent med pasienten, for å finne ut hvordan personen håndterer og erfarer det å leve med sykdommen. Målet med denne studien var å finne ut hvordan personer med kronisk hjertesvikt erfarer å leve med sykdommen sin.

I dette kapittelet skal vi diskutere studiens resultat opp mot relevant bakgrunnsteori, egne erfaringer og konsekvenser for praksis.

5.2.1 Balanse mellom aktivitet og hvile

I våre funn kom det frem at symptomene ved hjertesvikt begrenset deltakernes fysiske evne. For pasienter med hjertesvikt er det både fordeler og ulemper knyttet til fysisk aktivitet. Lett til moderat fysisk aktivitet virker gunstig ved at funksjonsnivået opprettholdes. Fysisk og mental hvile reduserer oksygenbehovet og arbeidsbelastningen på hjertet. Hvile kan hjelpe pasienter til å kunne utføre daglige arbeidsoppgaver. Det er derfor viktig at sykepleier informerer pasienten om å finne en balanse mellom aktivitet og hvile (Brodtkorb 2014). Dette for å opprettholde funksjon og forebygge videre funksjonssvikt (Gjengedal og Hanestad 2007). Et av Dorothea Orems tiltak for å tilfredsstille universelle egenomsorgsbehov går ut på å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile. Her er det viktig å utnytte personlige evner, interesser, verdier og kulturelle normer for å utvikle et personlig aktivitets- og hvilemønster (Kristoffersen 2015).

Et av våre sterke funn, går ut på at deltakerne beskrev en følelse av tap, fordi de ikke lenger maktet å utføre oppgaver de mente var viktig for seg selv. Når kroppen plutselig, eller over

tid, mister noe av sin tidligere funksjon, påvirker dette kroppsbildet. Kroppsbildet er alle de forestillinger om kroppen vi danner oss i vår mentale bevissthet, basert på den måten kroppen framstår for oss selv. Personens holdning til egen kropp gjenspeiler viktige sider ved identiteten (Solvoll 2015). For dårlige pasienter med svært lite overskudd, bør sykepleier legge til rette for at pasienten bruker det lille han eller hun har av kapasitet, på oppgaver han eller hun selv mener er meningsfulle (Brodtkorb 2014). Dette for å styrke kroppsbildet til den enkelte, noe som igjen vil styrke sider ved identiteten (Solvoll 2015).

Evnen til å ikke handle vil for mange være kjernen i deres opplevelse av sykdom. Det å ikke klare å utføre det man vil, det å ikke kunne bevege seg, løfte eller reise som en ønsker, er en sentral opplevelse ved hjertesvikt. For mange er det den begrensede evnen til å handle som er forbundet med sykdommen og ikke smertene. Det å ikke kunne bevege seg som før, er det vanskeligste å forholde seg til. Enkelte kan leve godt på tross av sykdommen, så lenge de kan nå sine mål (Hoffmann 2008).

I et funn kom det frem at deltakerne ga uttrykk for en ubestemt frykt ved å anstrenge seg eller utføre aktiviteter. Flere av deltakerne unngikk aktivitet grunnet tidligere erfaringer med symptomatisk forverring. Dette støttes opp av Frankie Campling og Michael Sharpe (2006) som beskriver at personer med langvarig sykdom unngår fysisk aktivitet av frykt for å skade seg selv. For pasienter med svært alvorlig eller akutt hjertesvikt kan trening forverre sykdommen og aktivitet må unngås (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke 2018).

For pasienter med moderat og velregulert hjertesvikt, er det viktig med aktivitet, for å styrke hjertemuskelen. Dødeligheten reduseres, funksjonsnivået og livskvaliteten opprettholdes, hvis man utfører lett til moderat aktivitet (Brodtkorb 2014). Derfor er det nødvendig at sykepleier informerer om viktigheten av aktivitet. Som sykepleier bør man informere og hjelpe pasienten til å finne ut hva som fungerer for en selv. Eksperimentere og bli kjent med kroppen er viktig for følelsen av å ha kontroll over seg selv. Det er viktig med et samspill mellom helsepersonell og pasienten. Her kan pasienten eksperimentere og sykepleier informere om viktigheten av å ikke utføre aktivitet over deres yteevne. En god huskeregel kan være at pasienten ikke skal anstrenge seg mer enn at han kan prate samtidig som han mosjonerer (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke 2018).

Fra praksis i hjemmesykepleie møtte en av oss en pasient som hadde levd lenge med kronisk hjertesvikt. Her så jeg hvor mye det betyr for en pasient å bli kjent med kroppen sin. Pasienten hadde egne rutiner på når han skulle hvile. Når han opplevde dyspné hadde han egne pusteteknikker som førte til at han roet seg ned og dyspneen ble svekket. Pasienten forklarte at han hadde fått mye informasjon og veiledning fra helsepersonell. Han følte at han kunne leve godt med sykdommen under visse omstendigheter. Dorothea Orem beskriver at det å undervise er en viktig metode for å fremme egenomsorgen til pasienten. Å undervise benyttes når pasienten må lære seg nye ferdigheter eller tilegne seg nye kunnskaper for å mestre egenomsorgen (Kristoffersen 2015).

I et av våre funn, ga deltakerne uttrykk for at nettene var svært vanskelige, symptomer som fatigue og dyspné påvirket nattesøvnen i aller høyeste grad. Med dårlige netter, ble behovet for hvile enda sterkere på dagtid som resulterte til redusert aktivitet. I følge Brodtkorb (2014), står det beskrevet at søvnforstyrrelser er svært vanlig hos pasienter med hjertesvikt. Derfor er det mange som trenger mye hvile i løpet av dagen for å kompensere for den avbrutte og forkortede nattesøvnen. Som sykepleier kan det være viktig å informere pasienten om å finne gode hvilestillinger. Noen kan foretrekke hvilestol og andre trenger å få lagt seg ned. For pasienter som lider av pustebesvær kan Fowlers leie være gunstig, da dette kan gi bedre hvile og lettere respirasjon (Brodtkorb 2014).

5.2.2 Å leve i frykt for symptomer og framtiden

Hvis man lever med en kronisk sykdom, kan man bli mer oppmerksom på sin egen dødelighet enn andre mennesker. Noen mennesker med kronisk sykdom velger å ikke tenke på framtiden og døden, mens andre vil tenke mer på det (Campling og Sharpe 2006).

Et av våre funn går ut på at deltakerne var bekymret over døden og hva framtiden ville bringe. Dette funnet underbygges av Eikeland, Stubberud og Haugland (2016). Hjertesykdom er forbundet med faren for plutselig død. For den enkelte kan hjertesykdom oppleves som en krisesituasjon, og pasienten vil derfor ofte reagere med redsel og dødsangst. Som sykepleier er det viktig at man har kunnskap om vanlige krisereaksjoner og mestring av stress ved akutt og kritisk sykdom. Dette for å forstå den enkeltes opplevelser og reaksjoner knyttet til sykdommen (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

Flere pasienter erfarer også depresjon, og da ofte når de tenker på hva framtiden vil bringe (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016). I våre funn kom det også frem at noen deltakere

ikke var nevneverdig bekymret over hva framtiden vil bringe. De psykiske reaksjonene vil være individuelle, noen opplever endringene som dramatiske, mens andre som mer moderate (Vifladt og Hopen 2004). Som sykepleier er det viktig å informere pasienten om at det er normalt å ha depressive tanker i forbindelse med kronisk hjertesvikt. Det er også viktig å understreke at pasienten ikke er mentalt inkompetent selv om pasienten kan ha behov for medikamentell behandling i en periode (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

I et av funnene ga deltakerne uttrykk for at tanker om døden oppsto spesielt når de erfarte symptomer som dyspné og hjertebank. Følelsen av å ikke få nok luft i lungene er skremmende, og dette kan lede til panikk og dødsangst, hjelpeløshet og maktesløshet. Det er naturlig å bli redd når man ikke får puste tilstrekkelig, og engstelsen som oppstår vil ofte forverre opplevelsen. Den enkelte vil ofte utvikle angst over at symptomene vil oppstå. Noe som igjen fører til redusert livskvalitet (Skaug og Berntzen 2014). Pasienter som klarer å regulere symptomene selv, opplever større grad av kontroll og er mindre engstelige. Som sykepleier er det viktig å informere om eventuelle tilbud som denne pasientgruppen kan benytte seg av. Ved enkelte sykehus er det hjertepoliklinikker, her kan pasientene få råd og veiledning om sykdommen (Brodtkorb 2014).

Fra egen klinisk praksis har en av oss erfart hvordan dyspné kan virke inn på pasientens mentale tilstand. Eksempelet er hentet fra praksis i sykehjem. Den aktuelle pasienten følte at døden nærmet seg når han fikk dyspnéanfall. Pasienten ble svært redd og engstelig, og det virket som om pasienten var overbevist om at han kom til å dø. Etter det aktuelle anfallet reflekterte pasienten over framtiden, og om hvor tøff og vanskelig den kommer til å være hvis han daglig måtte oppleve slike anfall. Den aktuelle erfaringen vi har gjort oss underbygger våre funn om at pasienter med hjertesvikt kan bli mer oppmerksom på sin egen dødelighet enn andre mennesker. Samt at tanker om døden spesielt oppstår når pasientene erfarer de sterke symptomene hjertesvikt medbringer.

Dorothea Orem legger vekt på støtte som hjelpemetode for å fremme egenomsorg. Dette kan anvendes i situasjoner der pasienten står overfor noe ubehagelig eller smertefullt.

Situasjonen kan være ny og ukjent, utrygg og skremmende, og pasienten kan mangle både motivasjon og tro på sin egen evne til å mestre den. Sykepleieren kan gi nødvendig støtte ved sitt blotte nærvær ved blick eller berøring. Denne hjelpemetoden kan gi pasienten nødvendig trygghet og motivasjon til å mestre egenomsorgen. Sykepleieren har hele tiden

ansvaret for å vurdere hvor mye pasienten kan tåle eller holde ut før en må gripe inn (Kristoffersen 2015).

5.2.3 Viktigheten av støtte når rollene endrer seg

I våre funn kom det frem at flere av deltakerne slet med det å mestre sitt sosiale liv. Dette førte til tap eller endring ved deres roller. De erfarte at pårørende og ektefeller tok på seg rollene de anså som deres egne. Vifladt og Hopen (2004), beskriver at personer med kronisk sykdom ikke presterer som før og opplever en endring i det tilvante. Dette funnet underbygges videre av Eikeland, Stubberud og Haugland (2016), de beskriver at pasienter med kronisk hjertesvikt opplever å ikke mestre dagliglivets aktiviteter. Dette fører ofte til at rollene i pasientens liv endrer seg, og at ektefellene tar mye ansvar for pasientens behov (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

Funnene viste at deltakerne opplevde endringene ved deres rolle negativt. De følte på frustrasjon, sorg og en form for sosial isolasjon. Når kroppen rammes av en kronisk sykdom vil også det sosiale rammes. Det er en sammenheng mellom kroppslige og sosiale aktiviteter. Dette kan vekke følelser av frustrasjon, sinne, sorg og personen står i fare for å oppleve sosial isolasjon (Heggdal 2008).

Som sykepleier er det viktig å gi støtte. Det innebærer både følelsesmessig og praktisk støtte til pasienten og pårørende. Vi mener at sykepleier skal ha forventninger til pasienten om at han skal være i stand til å gjøre bruk av sine ressurser. Det er viktig å motivere til å ta initiativ og delta i sosiale sammenhenger selv om de er usikre og redde for å bli avvist (Solvoll 2016). Sykepleier bør også informere pasienten om betydningen av støtte fra pårørende (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

Det er viktig å ha fokus på identiteten til pasienter som lever med kronisk hjertesvikt. Som sykepleier bør en tenke at deres rolle kan ha blitt endret grunnet sykdommen. Derfor er det viktig med hjelp for å styrke identiteten, finne mening med livet og mestre sin egen hverdag. Selvkontroll og å mestre hverdagens utfordringer, hvor lite det enn kanskje er, virker betydelig inn på selvfølelse og identitet. Å identifisere personers eventuelle behov for identitetstyrkende tiltak inngår som en del av ordinær vurdering og identifisering av behov for sykepleie (Solvoll 2016).

Et av våre sterke funn går ut på viktigheten av god støtte og hjelp fra familie og venner.

Virginia Henderson (1997) beskriver at en del av de grunnleggende prinsippene i sykepleie går ut på å hjelpe pasienten til å få kontakt med andre samt å gi uttrykk for sine følelser og behov. Henderson legger vekt på sykepleieutfordringen med å sørge for kontinuitet i kontakten mellom pasient og pårørende, slik at støtte og bekreftelse fra familie og venner opprettholdes (Smebye og Helgesen 2015). Funn fra våre artikler viser at pårørende og venner var til stor hjelp. Derfor mener vi i likhet med Henderson at sykepleieren bør hjelpe pasienten til å opprettholde denne kontakten.

En person som har mye sosial støtte fra menneskene rundt seg, har opparbeidet seg et sikkerhetsnett som personen kan falle tilbake på i utfordrende situasjoner. Et godt sosialt nettverk øker personens livskvalitet og reduserer sykkelighet og dødelighet. Mangel på sosial støtte kan føre til forverring av sykdommen, fordi personen står alene og blir overveldet av alle kravene i situasjonen (Smebye og Helgesen 2015). Dette poengterer viktigheten med støtte fra familie og venner, noe deltakerne i våre artikler også beskrev betydningen av. Et av Dorothea Orems tiltak for å tilfredsstille universelle egenomsorgsbehov er å opprettholde en balanse mellom det å være alene og det å ha sosial kontakt (Kristoffersen 2015).

Vi erfarer fra praksis i hjemmesykepleien at pårørende er en viktig ressurs for pasienter med hjertesvikt. Det ble sagt til oss fra pasientene at de ikke hadde klart seg uten familie og venner. Både til å få utført daglige gjøremål, men også det å ha folk rundt seg for å kunne snakke ut om aktuelle problemer og sykdomsforverring.

Et annet sterkt funn går ut på at deltakerne så på seg selv som en byrde, da de følte at de hele tiden måtte ha hjelp. Dette funnet underbygges av Solvoll (2015), hun beskriver at tap av selvstendighet ofte oppleves vanskelig. For de fleste av oss er det viktig å være selvstendige og ha kontroll over eget liv. I vestlige samfunn legges det stor vekt på enkeltmenneskets verd, det innebærer at mennesket har rett til å handle slik det selv vil. Det oppleves ofte negativt å ikke klare seg selv, fordi normene i samfunnet vektlegger selvstendighet (Solvoll 2015). Personer med kronisk sykdom lever et liv med begrensninger, de føler seg nedvurdert og ser på seg selv som en byrde for andre (Hanssen og Natvig 2007). Samtidig er det viktig å huske på at noen ønsker å være aktive og selvhjulpne, mens andre opplever det godt å få hjelp (Brodtkorb 2014).

5.2.4 Å mestre hverdagen

I et av funnene beskriver deltakerne at de testet kroppens grenser og lyttet til kroppen. Gjengedal og Hanestad (2007), beskriver at ved å lytte til kroppen, reflektere over erfaringer og prøve ut kunnskapen i handling, kan en utvikle flere mestringsstrategier som gir nye muligheter for livsutfoldelse og velvære (Gjengedal og Hanestad 2007).

Dette bekreftes i våre funn og førte til at deltakerne lærte å forholde seg til kroppen og tilpasse sin livssituasjon. For å forme et nytt liv, må personer med kronisk sykdom endre sin livssituasjon og møte nye forventninger. Her er mestring en vei for å gjenvinne kontroll ut fra et realistisk ambisjonsnivå (Vifladt og Hopen 2004). Det kommer også fram i funnet at deltakerne ga uttrykk for viktigheten av å forbli i samme nettverk, være blant venner, føle støtte og å føle seg trygg i sitt hjem. Dette funnet underbygges av Hanssen og Natvig (2007) der det blir beskrevet hvordan personer kan mestre sitt liv med kronisk sykdom. Det ser ut til å avhenge av en rekke forhold knyttet til pasienten selv samt personens familie, nettverk og av kvaliteten på de helsetjenester som tilbys.

I et annet funn kommer det frem at flere deltakere viste en mangel på motivasjon for å mestre sin tilstand. Som sykepleier er det viktig å hjelpe pasienter med å mestre sin kroniske sykdom. Her kan en trekke inn en rekke mestringsstrategier. En mestringsstrategi som vi mener er viktig for å kunne hjelpe pasienter er myndiggjøring. Myndiggjøring eller styrking er en sentral strategi for sykepleiere (Gjengedal og Hanestad 2007). Målet med denne strategien er å styrke pasientens egne krefter. Pasienten skal kunne opparbeide nok ressurser for å ta ansvar for sin egen rehabilitering og forebygge forverring eller tilbakefall av sin sykdom. Undervisning og veiledning er viktige metoder for å fremme dette (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

For å kunne bidra til mestring ved kroniske sykdommer er det viktig å kjenne til det som skaper stress hos pasienten. Situasjoner som kan skape stress ved kronisk sykdom, er å leve med symptomene, kroppsopplevelse, sosial isolasjon, usikkerhet og sykdomsprogresjonen. For å kunne mestre de kravene pasienten stilles ovenfor, er styrking av pasientens ressurser sentralt. Vesentlige ressurser hos den kronisk syke for å mestre sykdomskrav er fysisk styrke, psykologisk utholdenhet, sosial støtte, positivt selvbilde, kunnskap, innsikt, motivasjon og tro (Gjengedal og Hanestad 2007). Pasienten trenger støtte og veiledning i hvordan man skal håndtere sykdommen i hverdagen. Han må veiledes i og motiveres til å endre livsstilen sin i helsefremmende retning. Utfordringen for oss sykepleiere er å tilpasse

sykepleien til den enkelte pasienten. Dette krever kunnskap om pasientens bakgrunn, livssituasjon, utdanning, funksjonsnivå, tidligere sykdomserfaring og eventuelle livskriser. Målet er at pasienten skal se nye muligheter for livsutfoldelse og helse (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

Dorothea Orem fremhever at menneske kan oppnå velvære på tross av motgang, sykdom og svikt i funksjonsevnen. Ansvar for folks helse kan ikke avgrenses til helsetjenesten. Det er et ansvar både enkeltmennesket og samfunnet må ta del i. Orem beskriver viktigheten av å utvikle gode vaner og handlingsmønstre som fremmer helse. Generelt anses egenomsorg som et viktig delmål når det gjelder helse (Kristoffersen 2015).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å belyse pasienter sine erfaringer med det å leve med kronisk sykdom. Våre funn og gjennomgått litteratur viste at det var flere utfordringer knyttet til opplevelsen av å leve med kronisk hjertesvikt.

Å leve med kronisk hjertesvikt er utfordrende for pasienter på mange måter. Deltakerne opplevde at sykdommen hadde innvirkning på deres fysiske, psykiske og sosiale liv. Den enkelte måtte også gjøre livsstilsendringer og utvikle forskjellige mestringsstrategier for å kunne leve med sykdommen.

Deltakernes liv ble påvirket av de fysiske begrensningene. De viktigste symptomene som begrenset deres daglige liv var dyspné og fatigue. Dette førte til en endring ved deltakernes rolle i livet. Deltakerne unngikk aktiviteter grunnet frykten for symptomene som ville oppstå. Symptomene førte også til redusert nattesøvn, dette resulterte i at pasientene måtte hvile store deler av dagen og aktivitet ble nedprioritert. De fysiske symptomene hjertesvikt medbrakte førte også til en rekke psykiske og mentale utfordringer som frykt, depresjon og ensomhet.

Grunnet deltakernes begrensende liv, uforutsigbare helsesituasjon og følelsesmessige svingninger var det nødvendig å få kontroll over kroppen for å oppnå balanse i livet. For å beherske dagliglivets problemer var det mange som benyttet seg av ulike mestringsstrategier. Flere lærte å forholde seg til kroppen ved hjelp av å teste kroppens grenser og å lytte til den. Noe annet som var viktig for å mestre hjertesvikten var å forbli i samme nettverk, være blant venner, føle støtte og å føle seg trygg i eget hjem.

I sykepleiepraksis kan denne studien hjelpe sykepleiere med å endre måten de nærmer seg pasientene på, siden de innser hva pasientene erfarer. For å kunne yte god sykepleie er det nødvendig med kunnskap om diagnosen og om pasientens situasjon. Det å få et pasientperspektiv av sykdommen skaper en bredere forståelse for sykepleiere. Denne kunnskapen er essensiell for å kunne gi god pleie til enkelte, noe som igjen kan øke livskvaliteten til pasienten.

Vi mener det er viktig som sykepleiere å bli mer oppmerksom på de fysiske begrensningene som påvirker pasientene. Ikke bare på grunn av konsekvensene de har for pasienten, men fordi det i stor grad påvirker trivsel for både pasienten og pårørende. For å bedre de psykiske utfordringene hjertesvikt medfører, mener vi at det er viktig å utvikle et nærmere

forhold til pasienten, noe som kan føre til utveksling av erfaringer og tanker. Vi mener det er viktig å vite hva den sosiale innvirkningen av sykdommen er for hver enkelt pasient. Med denne kunnskapen kan sykepleiere bidra til å fremme et sosialt liv for pasienten. Vi anbefaler at pasienter og pårørende bør få nødvendig kunnskap for å styrke seg selv og å gjøre nødvendige endringer i deres livsstil.

6.1 Videre forskning

Deltakerne i artiklene våre var både menn og kvinner. Resultatene legger ikke mye vekt på forskjellene mellom kvinner og menn. Videre forskning kunne godt sett mer på kjønnsforskjeller ved det å leve med hjertesvikt, for å få en bedre forståelse rundt dette. Dette ville gitt oss mer informasjon om det er forskjeller i erfaringene. Det er også en bred variasjon i alder ved artiklene. Vi foreslår at videre forskning kunne tatt for seg forskjellene ved det å leve med hjertesvikt i ung alder kontra eldre. Litteraturstudien vår inneholder alle ulike funksjonsklasser av hjertesvikt. Videre forskning på hver enkelt funksjonsklasse, kunne gitt oss mer innsikt i hvordan hver enkelt person erfarer de ulike stadiene ved hjertesvikt. Det ville også gitt oss bedre innsikt i likheter og ulikheter ved de ulike stadiene av hjertesvikt.

7.0 Litteraturliste

- Allen, Jennifer Wayment, Cynthia Arslanian-Engoren, Judith Lynch-Sauer. 2009. "The lived experience of middle-aged women with New York Heart Association class III heart failure: a pilot study". *Progress in Cardiovascular Nursing* 24 (3): 96-101.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7117.2009.00042.x>
- Brodtkorb, Kari. 2014. «Respirasjon og sirkulasjon». I *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 375-389, 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burström, Marianne, Margareta Brännström, Kurt Boman, and Gunilla Strandberg. 2012. "Life Experiences of Security and Insecurity among Women with Chronic Heart Failure". *Journal of Advanced Nursing* 68 (4): 816-25.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05782.x>
- Campling, Frankie og Michael Sharpe. 2006. "Managing physical/biological problems". I *living with long-term illness: the facts*, 49-88. Oxford: Oxford university press.
- Campling, Frankie og Michael Sharpe. 2006. "Managing practical problems". I *living with long-term illness: the facts*, 171-186. Oxford: Oxford university press.
- Emma, Pihl, Bengt Fridlund og Jan Mårtensson. 2011. "Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis". *Scandinavian journal of caring sciences* 25 (1): 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x>
- Eikeland, Anne, Dag-Gunnar Stubberud og Trude Haugland. 2016. «Sykepleie ved hjertesykdommer». I *Klinisk Sykepleie*, B. 1, red. Stubberud, Dag-Gunnar, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås. 229-276. 5. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag.
- Etikkom. 2016. «De nasjonale forskningsetiske komiteene». Lest 23.04.18.
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Europe, Eeva og Raija Tyni-Lenné. 2004. "Qualitative analysis of the male experience of heart failure". *Heart & Lung: the journal of critical care* 33 (4): 227-234.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.03.003>

- Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing* (20): 22-26.
- Falk, Solvig, Anna-Karin Wahn og Evy Lidell. 2007. "Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study". *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6 (3): 192-199.
<https://doi.org/10.1016/J.EJCNURSE.2006.09.002>
- Folkehelseinstituttet. 2017. «Dødsårsaksregisteret – statistikkbank». Lest 20.05.2018.
<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet. 2014. «Sjekkklister for vurdering av forskningsartikler». Lest 01.04.2018. <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. «Olika typer av litteraturstudier». I *Att Göra Systematiske Litteraturstudier: Värdering, analys Och presentation av Omvårdnadsforskning*, 29-52, 2. Utg. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gjengedal, Eva og Berit Rokne Hanestad. 2007. «Om kronisk sykdom». I *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*, 10-28, 2. Utg. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Hanssen, Tove A og Gerd Karin Natvig 2007. «Stress og mestring». I *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*, red. Eva Gjengedal og Berit Rokne Hanestad, 40-59, 2. Utg. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Heggdal, Kristin. 2008. *Kroppskunnskapning: pasienter som ekspert i helsefremmende prosesser*, Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hoffmann, Bjørn. 2008. «Sykdom som opplevd fenomen». I *Hva er sykdom*, 128-138. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2010. «Hjertesykdommer». I *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*, 36-86. 2. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Bård Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2017. «Hjerte- og karsykdommer». I *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*, 38-123. 3. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2015. «Helse og sykdom». I *Grunnleggende Sykepleie: B. 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 31-82, 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, Nina Jahren. 2015. «Teoretiske perspektiver på sykepleie». I *Grunnleggende Sykepleie: B. 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 207-280, 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. 2018. «Hjertesvikt». Lest 30.04.2018.
<https://www.lhl.no/hjertesykdom/hjertesvikt/>
- Mahoney-Davies, Cara Davis, Catriona Glen, Catherine Clifton og Paul M. Salkovskis. 2017. “Examining the emotional and psychological experiences of people with heart failure”. *British Journal of Cardiac Nursing* 12 (4): 192-198.
<https://doi.org/10.12968/bjca.2017.12.4.192>
- Nordgren, Lena, Margareta Asp og Ingegerd Fagerberg. 2007. “Living With Moderate-Severe Chronic Heart Failure as a Middle-Aged Person”. *Qualitative Health Research* 17 (1): 4-13. Ovid medline.
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. «Spørsmålsformulering». I *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*, 29-39. 2. Utg. Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. «Litteratursøk». I *Jobb kunnskapsbasert!: En Arbeidsbok*, 41-64. 2. Utg. Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. «Kritisk vurdering». I *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*, 67-158. 2. Utg. Oslo: Akribe AS.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata. 2017. «Publiseringskanaler». Lest: 09.03.2018.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Olano-Lizarraga, Maddi, Cristina Oroviogicoechea, Begoña Errasti-Ibarrondo og Maribel Saracíbar-Razquin. 2016. “The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature”. *Journal of Clinical Nursing*. 25 (17-18): 2413-2429. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13285>
- Rustøen, Tone 2007. «Håp og livskvalitet ved hjertesvikt». I *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*, red. Eva Gjengedal og Berit Rokne Hanestad, 161-174. 2. Utg. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Ryan, Marie og Mary Farrelly. 2009. “Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure”. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 8 (3): 223-231. Ovid Medline.

- Seah, Alvin Chuen Wei, Khoon Kiat Tan, Juvena Chew Huang Gan og Wenru Wang. 2016. "Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study". *Journal of Transcultural Nursing* 27 (4): 392-399. <https://dx.doi.org/10.1177/1043659615573840>
- Skaug, Eli-Anne og Helene Berntzen. 2014. «Respirasjon». I *Grunnleggende Sykepleie: B. 2: Grunnleggende behov*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 61-100, 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smebye, Kari Lislerud og Ann Karin Helgesen. 2015. «Kontakt med andre». I *Grunnleggende Sykepleie: B. 3: Pasientfenomener Og Livsutfordringer*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 41-70, 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solvoll, Betty-Ann 2015. «Identitet og egenverd». I *Grunnleggende Sykepleie: B. 3: Pasientfenomener og Livsutfordringer*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 15-40, 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solvoll, Betty-Ann 2016. «Identitet og egenverd». I *Grunnleggende Sykepleie: B. 3: Pasientfenomener og Livsutfordringer*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 105-140, 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornhill, K, A. C. Lyons, A. Nouwen og G. Y. H. Lip. 2008. "Experiences of living with congestive heart failure: A qualitative study". *British journal of Health Psychology* 13 (1): 155-175. <https://dx.doi.org/10.1348/135910706X170983>
- Vifladdt, Egon H og Liv Hopen. 2004. «Mestring av kronisk sykdom». I *Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring*, 58-84. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring.
- Walthall, Helen, Crispin Jenkinson og Mary Boulton. 2017. "Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study". *Journal of Clinical Nursing* 26 (13-14): 2036-2044. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13615>
- World Health Organization. 2017. «Noncommunicable diseases». Lest 20.05.2018. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ørn, Stein og Leif Brunvand. 2011. «Herte- og karsykdommer». I *Sykdom og behandling*, red. Stein Ørn, Johnny Mjell og Edvin Bach-Gansmo, 159-196. Gyldendal akademisk: Oslo.

Vedlegg 1:

Pasient/problem	Tiltak/Intervensjon	Sammenligning/comparison	Endepunkt/outcome
Hjertesvikt			Kvalitativ Erfaringer* Å leve med
Heart failure			Qualitative Experience* Living with

Vedlegg 2: Oversiktstabell SØKEHISTORIKK:

Søkeord Søk 1	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Heart failure	03.04.18	Ovid Medline	160870	0	0	0
Experience*	03.04.18	Ovid Medline	799450	0	0	0
Qualitative*	03.04.18	Ovid Medline	193499	0	0	0
Heart failure AND Experience* AND Qualitative*	03.04.18	Ovid Medline	258	0	0	0
Heart failure AND Experience* AND Qualitative* AND limit 4 to (yr=2004- Current and English or Norwegian)	03.04.18	Ovid Medline	237	46	25	10

Søkeord Søk 2	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Heart failure	04.04.18	Proquest	370980	0	0	0
Living with*	04.04.18	Proquest	538476	0	0	0
Qualitative*	04.04.18	Proquest	472132	0	0	0
Noft(Heart failure) AND noft(living with*) AND noft(qualitative*) and 2004-current	04.04.18	Proquest	306	16	6	1

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler:

Artikkel nummer	1
Forfattere	Allen, Jennifer Wayment, Cynthia Arslanian-Engoren, Judith Lynch-Sauer
År	2009
Land	United states
Tidsskrift	Progress in Cardiovascular Nursing
Tittel	The lived experience of middle-aged women with New York Heart Association class III heart failure: a pilot study
Hensikt	Hensikten med denne studien var å belyse kvinnelige erfaringer med hvordan det er å leve med hjertesvikt.
Metode/instrument	Kvalitative metode.
Deltakere/fracfall	4 deltakere.
Hovedfunn	Det ble beskrevet av deltakerne om hvordan de fysiske begrensningene påvirket dagliglivet. Deltakere rapporterte at fatigue var det mest begrensende symptomet, etterfulgt av dyspné. Det ble beskrevet at noen av kvinnene hadde følelsesmessige forstyrrelser som depresjon, frykt og frustrasjon på grunn av de fysiske begrensningene. Kvinnene i studien mistet sin rolle i hjemmet på grunn av de fysiske begrensningene. De oppfattet seg som byrde for andre. Som en konsekvens av en tapt rolle og begrensninger i daglige aktiviteter, utviklet kvinner i denne studien en ny oppfatning av selvtillit.
Etisk vurdering	Godkjent av en klinisk etisk komite.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Kritisk vurdert. Det ble ikke nevnt noe om forfatterens teoretiske ståsted og faglige bakgrunn.

Artikkel nummer	2
Forfattere	Burström, Marianne, Margareta Brännström, Knut Boman og Gunilla Strandberg.
År	2012
Land	England
Tidsskrift	Journal of advanced nursing
Tittel	Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å belyse kvinner sine erfaringer med det å leve med kronisk hjertesvikt, med hovedfokus på sikkerhet og usikkerhet.
Metode/Instrument	Åtte kvinner deltok i semi-strukturerte gruppeintervjuer i løpet av 2006. Dataene fra intervjuene ble analysert ved hjelp av en kvalitativ metode.
Deltakere/fracfall	Åtte kvinner, ingen fracfall.
Hovedfunn	<p>Kvinnenes følelse av sikkerhet gikk ut på det å akseptere fortiden, stole på seg selv og kroppen, tross sykdommen, samt ha tro på god omsorg og behandling.</p> <p>Kvinnene sin følelse av usikkerhet bygger på skyldighetsfølelse av å være syk og inkapabel, frykt for å leve med en svak og sviktende kropp og å ha angst om økende avhengighet av andre mennesker. Ensomhet og død er også sentrale begrep som kommer opp.</p>
Etisk vurdering	Studiene ble godkjent av en etisk komite fra et universitet. Alle deltakerne ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2. Kritisk vurdert.

Artikkel nummer	3
Forfatter:	Europe, Eeva og Raija Tyni-Lenné
År:	2004
Land:	Sweden
Tidsskrift:	Heart & Lung
Tittel:	Qualitative analysis of the male experience of heart failure
Hensikt:	Å få innsikt fra pasientens perspektiv om hvordan det er å leve med moderat kronisk hjertesvikt.
Metode/instrument:	Forskningsmetoden var kvalitativ og beskrivende. Intervjuer med åpne standard spørsmål ved hjelp av en intervjuguide.
Deltakere/fracfall:	Tjue menn, i alderen mellom 43 og 73 år, med moderat kronisk HF. De ble tatt med i tilfeldig rekkefølge fra poliklinikker ved instituttet for kardiologi ved et universitetssykehus Det er ikke beskrevet noe om fracfall av deltakere i artikkelen.
Hovedfunn:	Hovedfunnene var at konsekvensene ved å leve med kronisk hjertesvikt var fysiske, emosjonelle, kognitive, sosiale og yrkesmessige og inkluderte tanker om døden. Pasientene måtte justere seg til sykdommen, endre sin livsstil, være klar over ens fysiske evne og funksjonshemming, utvikle psykologiske strategier og tilpasse seg medisiner.
Etisk vurdering:	Tjue menn ga sitt informerte samtykke til å delta i studien, som ble godkjent av den lokale etiske komiteen.
Vurdering av kvalitet:	Nivå 1. Kritisk vurdert.

Artikkel nummer	4
Forfattere:	Falk, Solveig, Anna-Karin Wahn og Evy Lidell
År:	2007
Land:	England
Tidsskrift:	European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel:	Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study
Hensikt:	Å beskrive hvordan personer som lever med kronisk hjertesvikt oppfatter vedlikeholdet ved sitt daglige liv.
Metode/instrument:	Kvalitativ metode med fenomenografisk tilnærming som er empirisk begrunnet forskning. Semi-strukturert intervju ble brukt med åpne spørsmål.
Deltakere/fracfall:	17 deltakere, ingen fracfall.
Hovedfunn:	Fem hovedkategorier ble identifisert fra 345 uttalelser som beskriver variasjoner i hvordan pasienter med kronisk hjertesvikt vedlikeholdt sitt daglige liv. Kategoriene omfatter: å håndtere livets realiteter, håndtere tanker om livets uendelighet, ta ansvar, håndtere omverdenen og holde tritt med livets verdier. Sykdomssymptomene har tydeligvis påvirket daglige rutiner, men deltakerne viste bemerkelsesverdige løsninger og viste at verdier i livet kunne opprettholdes, om enn med noen få tilpasninger. Ingen pasienter uttrykte et ønske om å gi opp.
Etisk vurdering:	Utførelsen av undersøkelsen er i samsvar med prinsippene som er skissert i Helsinkis avklaring. Både Etiklutvalget ved medisinsk fakultet, Lunds Universitet i Sverige og sjefsleder ved klinikken godkjente studien.
Vurdering av kvalitet:	Nivå 1. Kritisk vurdert. Mangler forfatterens teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn.

Artikkel nummer	5
Forfattere	Mahoney-Davies, Gerwyn, Cara Davis, Catriona Glen, Catherine Clifton og Paul M. Salkovskis
År	2017
Land	England
Tidsskrift	British Journal of Cardiac Nursing
Tittel	Examining the emotional and psychological experiences of people with heart failure
Hensikt	Hensikten med denne studien var å belyse emosjonelle og psykologiske erfaringer hos pasienter som lider av kronisk hjertesvikt.
Metode/instrument	Kvalitative metode med semi-strukturerte spørsmål.
Deltakere/frafall	10 deltakere.
Hovedfunn	Deltakerne rapporterte om høy forekomst av depresjon og angst. Deltakerne rapporterte at de var mer bekymret over dagliglivets gjøremål og sosiale sammenhenger nå, kontra før sykdommen. Emosjonelle reaksjoner og tanker om framtiden var blitt mer fremtredende nå i forhold til når deltakerne var friske. Alle deltakerne var blitt mer oppmerksom på sin egen dødelighet etter at de hadde fått diagnosen.
Etisk vurdering	Artikkelen er etisk godkjent av «University of Bath psychology ethics committee».
Vurdering av kvalitet	Fagfelleurdert, ingen nivå nevnt. Kritisk vurdert.

Artikkel nummer	6
Forfattere:	Nordgren, Lena, Margareta Asp og Ingegerd Fagerberg
År:	2007
Land:	United States
Tidsskrift:	Qualitative Health Research
Tittel:	Living with Moderate-Severe Chronic Heart Failure as a Middle-Aged Person
Hensikt:	Hensikten med studien var å forstå erfaringer med det å leve med hjertesvikt som en middelaldrende person.
Metode/instrument:	Kvalitativ metode.
Deltakere/frafall:	7 deltakere, ingen frafall.
Hovedfunn:	Deltakerne følte at det var svingninger på når de var syke eller ikke. Men de ble sett på av andre som ikke syke, noe som medførte at de opplevde en vaghet og usikkerhet over kroppen deres. De fysiske begrensningene forårsaket negative tanker og følelser hos deltakerne. De fysiske begrensningene førte også til at de ikke var i stand til å opprettholde sine sosiale roller innenfor familien, yrket eller deres sosiale sirkler. Deltakernes begrensende liv førte til at de måtte gjenvinne kontroll over kroppen for å oppnå en balanse i deres livssituasjon. Det var forskjeller i hvordan informantene lyktes i deres forsøk på å mestre sykdom. Men støtte fra folk ble sett på som svært nyttig.
Etisk vurdering:	Denne studien var godkjent av the ethics committee at Örebro University Hospital, Sweden.
Vurdering av kvalitet:	Nivå 2 Kritisk vurdert. Det ble ikke redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av dataen.

Artikkel nummer	7
Forfattere:	Pihl, Emma, Bengt Fridlund og Jan Mårtensson
År:	2011
Land:	Sweden
Tidsskrift:	Scandinavian journal of caring sciences
Tittel:	Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis.
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan pasienter som lider av kronisk hjertesvikt oppfatter deres begrensninger i dagliglivets aktiviteter.
Metode/instrument:	Kvalitativ metode.
Deltakere/fracfall:	15 deltakere.
Hovedfunn:	Funnene indikerer at deltagere opplevde en rekke utfordringer knyttet til dagliglivets aktiviteter, noe som resulterte i fire hovedfunn. Trangen til å finne praktiske løsninger, hvordan pasientene måtte endre sin levemåte for å få utført praktiske oppgaver. Det å ha realistiske forventinger til framtiden, går ut på å tro at framtiden vil bli preget av endret fysisk funksjon. Å ikke ha tro på egen evne, går inn på oppfatningen om at de ikke hadde mulighet til å forbedre evnen til å utføre daglige aktiviteter. Miste den sosiale rollen i det daglige liv, pasientene fortalte at de hadde mistet deler av sitt sosiale nettverk, posisjon i samfunn og familie grunnet begrenset fysisk aktivitet.
Etisk vurdering:	Studien tok sted i Sverige, tillatelse ble gitt fra avdelingsleder og fra den etiske komite.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Kritisk vurdert. Det ble ikke redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av dataen.

Artikkel nummer	8
Forfattere:	Ryan, Marie og Mary Farrelly
År:	2009
Land:	England
Tidsskrift:	European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel:	Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å beskrive pasienter sine erfaringer med det å leve med kronisk hjertesvikt.
Metode/instrument	Kvalitativ studie, åpen ustrukturerte intervjuer.
Deltakere/fracfall:	17 personer ble invitert til å bli med i studien, 10 var enige om å være med, studiegruppen endte til slutt på 9 personer. Seks menn og tre kvinner.
Hovedfunn:	Å leve med kronisk hjertesvikt ble beskrevet som å ha en engstelig og slitsom hverdag, leve i frykt og ha et begrenset liv. Deltakerne unngikk fysisk aktivitet og sosiale kontekster grunnet frykten for symptomer, som førte til negative følelser.
Etisk vurdering:	Etiske prinsipper for medisinsk forskning som involverer mennesker ble overholdt, og godkjennelse ble gitt av «Hospital Ethics Committee». Deltakerne mottok et informasjonsbrev med hensikten for studien, og signerte dette. Anonymitet ble overholdt.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Kritisk vurdert. Det ble ikke redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av dataen.

Artikkel nummer	9
Forfattere	Seah, Alvin Chuen Wei, Khoon Kiat Tan, Juvena Chew Huang Gan og Wenru Wang
År	2016
Land	United States
Tidsskrift	Official journal of the Transcultural Nursing Society
Tittel	Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive erfaringer, behov og mestringsstrategier for pasienter som lever med kronisk hjertesvikt.
Metode/instrument	Kvalitative metode.
Deltakere/fracfall	32 pasienter fra to kardiologiske avdelinger ble spurt om å være med, 15 personer ble tilslutt med.
Hovedfunn	Deltagerne var overveldet med sykdommen, grunnet hjertesvikten sin uforutsigbarhet og usikre natur. Forfatterne delte funnene inn i fire hovedkategorier.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble gitt fra en etisk institusjonskomite. Konfidensialitet og anonymitet ble opprettholdt.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Kritisk vurdert.

Artikkel nummer	10
Forfattere:	Thornhill, K, A. C. Lyons, A Nouwen og G. Y. H Lip
År:	2008
Land:	England
Tidsskrift:	British Journal of Health Psychology
Tittel:	Experience of living with congestive heart failure: A qualitative study
Hensikt:	Denne studiens hensikt er å utforske folks erfaringer med å bli diagnostisert og senere leve med kronisk hjertesvikt.
Metode/instrument:	Kvalitativ metodikk med semi-strukturerte intervjuer og tolkende fenomenologiske analytiske teknikker ble brukt.
Deltakere/frafall:	25 deltakere, ingen frafall.
Hovedfunn:	Kronisk hjertesvikt innebar mange restriksjoner på deltakeres liv. Disse inkluderte restriksjoner i fysiske aktiviteter, livsstil, sosialisering og arbeid. Hos de fleste deltakere førte disse endringene til følelser av tristhet, irritasjon og frustrasjon. Imidlertid var noen deltakere ganske aktive i å tilpasse seg disse restriksjonene, finne alternative måter å nyte aktiviteter og samfunnsliv.
Etisk vurdering:	Etter å ha forklart studien til hver deltaker, ble det gitt samtykke fra hver enkelt deltaker. Anonymitet ble opprettholdt. Alle intervjuer ble tatt opp med lydopptak med pasientens tillatelse. Det ble ikke nevnt om studien var godkjent av en etisk komite.
Vurdering av kvalitet:	Nivå 1. Kritisk vurdert.

Artikkel nummer	11
Forfattere:	Walthall, Helen, Crispin Jenkinson and Mary Boulton
År:	2017
Land:	England
Tidsskrift:	Journal of Clinical Nursing
Tittel:	Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study
Hensikt:	Hensikten var å belyse hvordan pasienter med kronisk hjertesvikt beskriver deres erfaringer ved pustevansker, mønsteret ved dyspne, hvordan dagliglivet påvirkes og hvordan de tilpasser seg og håndterer disse symptomene.
Metode/instrument:	Kvalitativ metode med semi-strukturerte intervju.
Deltakere/fracfall:	25 deltakere deltok.
Hovedfunn:	Ulike mestringsstrategier ble belyst og var viktige for pasientene for å beherske sykdommen og dyspneen. Studien viser at dyspné hadde forårsaket endringer i pasientens liv, som endringer ved deres roller og at de ikke lenger maktet å utføre aktiviteter de mente var viktige for seg selv, dette førte til negative følelser.
Etisk vurdering:	Denne studien var godkjent av the National Research Ethics Service og etterforskningen er i samsvar med prinsippene som er skissert i Helsinki-erklæringen.
Vurdering av kvalitet:	Nivå 2. Kritisk vurdert.