



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Omvårdnad-vetenskapligt arbete (61-90), 15hp

KANDIDATUPPSATS



Helt slut men kvar i livskampen

Upplevelser av fatigue hos patienter med hjärtsvikt

Jenny Buchebner och Eva Warensce

Omvårdnad 15hp

Halmstad 2014-06-07

Helt slut men kvar i livskampen
Upplevelser av fatigue hos patienter med hjärtsvikt
Jenny Buchebner och Eva Warensce

Omvårdnad – vetenskapligt arbete, 15 hp (61-90)

Vårterminen 2014

Sektionen för hälsa och samhälle

Box 823

301 18 Halmstad

Exhausted but fighting for life
Experience of fatigue among patients with heart failure
Jenny Buchebner och Eva Warensce

Nursing Thesis, 15 credits (61-90)

Spring 2014

School of Social and Health Sciences

P.O. 823

S- 301 18 Halmstad

Titel	Helt slut men kvar i livskampen Upplevelser av fatigue hos patienter med hjärtsvikt
Författare	Jenny Buchebner, Eva Warensce
Sektion	Sektionen för hälsa och samhälle
Handledare	Carina Göransson, Universitetsadjunkt, fil. mag i omvårdnad
Examinator	Kärstin Bolse, Universitetslektor, Med dr
Tid	Vårterminen 2014
Sidantal	16
Nyckelord	Egenvård, fatigue, hjärtsvikt, livskvalitet, upplevelser
Sammanfattning	<p>Hjärtsvikt är en folksjukdom som förekommer hos omkring 2 % av befolkningen. Hos den äldre befolkningen är det ett vanligt tillstånd och bland personer över 65 år lider 6-10 % av hjärtsvikt. Hjärtsvikt är ett allvarligt tillstånd med hög dödlighet, sjuklighet och nedsatt livskvalitet. Trötthet (fatigue) är ett av symtomen som diagnosen oftast grundar sig på. Fatigue har en central betydelse för patienternas begränsningar i sin funktionsförmåga. Syftet med litteraturstudien var att belysa upplevelsen av fatigue hos patienter med kronisk hjärtsvikt. Litteraturstudiens resultat baseras på 13 vetenskapliga artiklar. Resultatet visade att fatigue upplevs som ett av de svåraste symtomen vid hjärtsvikt. Patienterna begränsas framförallt fysiskt men även otrygghet och osäkerhet var vanliga upplevelser. Patienterna för en aktiv kamp mot fatigue och de genomför många ändringar för att bibehålla så hög grad av egenvård och oberoende som möjligt. Fatigue resulterar ändå i ökat beroende och ändrat socialt liv. Sjuksköterskor både i grundutbildningen och i klinisk verksamhet behöver en större förståelse för hur patienter upplever fatigue, hur det begränsar vardagen och hur patienterna oroas på grund av fatigue. Sjuksköterskan behöver den här kunskapen för att kunna utföra individanpassad omvårdnad som kan hjälpa patienterna till ökad egenvård.</p>

Title	Exhausted but fighting for life Experience of fatigue among patients with heart failure
Author	Jenny Buchebner, Eva Warensce
Department	School of Social and Health Sciences
Supervisor	Carina Göransson, Lecturer, MScN
Examiner	Kärstin Bolse, Senior lecturer, PhD
Period	Spring 2014
Pages	16
Key words	Experience, fatigue, heart failure, quality of life, self-care
Abstract	<p>Heart failure is a widespread disease that occurs in about 2% of the population. Among the older population, it is a common condition. Among individuals over 65 years, 6-10% suffers from chronic heart failure. Heart failure is a serious condition with high mortality, morbidity and impaired quality of life. Tiredness (fatigue) is one of the symptoms that the diagnosis is usually based on. Fatigue is of central importance for patients' limitations in their capacity to function. The purpose of the literature review was to highlight the experience of fatigue in patients with chronic heart failure. The literature review results are based on 13 scientific papers. The results showed that fatigue was experienced as one of the most severe symptoms of heart failure. Patients were limited especially physically but also insecurity and uncertainty were common experiences. Patients fought against fatigue and implemented many changes in order to maintain as much self-care and independence as possible. Fatigue resulted in increased dependency and changed the social life. Nurses, both in basic training and in clinical practice, need a greater understanding of how patients experience fatigue, how it restricts daily life and how patients are worried because of fatigue. The nurse needs this knowledge in order to perform personalized care to help patients to better self-care.</p>

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Omvårdnadsperspektiv	1
Hjärtsvikt	2
Klinisk presentation.....	2
Symtom	3
Omvårdnad vid hjärtsvikt	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Datainsamling	5
Databearbetning	6
Resultat	6
Strävan att bibehålla sin fysiska förmåga	6
Social påverkan.....	7
Mental påverkan	8
Framtidstro	9
Diskussion	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
Strävan att bibehålla sin fysiska förmåga	11
Social påverkan	12
Mental påverkan	13
Framtidstro.....	14
Konklusion	15
Implikation	16
Referenslista	

Bilagor

Bilaga A

Tabell 1. Sökordsöversikt

Bilaga B

Tabell 2. Sökhistorik

Bilaga C1-C2

Tabell 3. Artikelöversikt forskning med kvalitativ metod

Bilaga D1-D5

Tabell 4. Artikelöversikt forskning med kvantitativ metod

Inledning

I västvärlden är hjärtsvikt en av få hjärtsjukdomar som ökar. Det beror på att befolkningen blir allt äldre och att behandlingen av bakomliggande orsaker blir bättre vilket medför att fler personer överlever en hjärtinfarkt och lever med sitt skadade hjärta (Strömberg, 2005). Hjärtsvikt är en folksjukdom som förekommer hos omkring 2 % av befolkningen. Hos den äldre befolkningen är det ett vanligt tillstånd och bland personer över 65 år har 6-10 % hjärtsvikt (McMurray & Pfeffer, 2005). Uppskattningsvis har ca 200 000-300 000 personer i Sverige symptomgivande hjärtsvikt (Dahlström, Håkansson, Swedberg & Waldenström, 2009). Lika många uppskattas ha en asymtomatisk (latent) hjärtsvikt (Strömberg, 2005). I McMurray och Pfeffer (2005) beskrivs att hjärtsvikt är ett allvarligt tillstånd med hög dödlighet, sjuklighet och nedsatt livskvalitet. Livskvaliteten vid hjärtsvikt är nedsatt i större utsträckning än vid andra kroniska sjukdomar. Prognosen vid hjärtsvikt är sämre än för de flesta cancersjukdomar (ibid). Femårsmortaliteten är omkring 50 % och vid lindrig hjärtsvikt beräknas den årliga dödligheten till 5 % och för patienter med svår hjärtsvikt kan den uppgå till 50 % (Lindgren, Engström-Laurent, Karason & Tiensuu-Janson, 2011).

Kronisk hjärtsvikt är en diagnos som innebär att patienten får leva med symtom resten av livet. Patienten behöver kunskap om sitt tillstånd för att stärka sitt självförtroende vilket behövs för att utföra egenvård. Sjuksköterskan har en viktig uppgift med att förmedla kunskap så att individens hälsa kan främjas. Individer som har självförtroende i att hantera sitt tillstånd upplever större välbefinnande och är mer motiverade till att hantera sina symtom (Britz & Dunn, 2010). Enligt Orem (2001) omvårdnadsperspektiv är omvårdnadens mål att så långt som möjligt hjälpa individen till självständighet i sin egenvård. Individer som inte är i stånd till att utföra egenvård måste få hjälp med att återfå sin egenvårdskapacitet eftersom egenvård ses som väsentligt för att främja hälsa och välbefinnande (ibid).

Bakgrund

Omvårdnadsperspektiv

Dorothea Orem's egenvårdsteori (Orem, 2001) beskriver omvårdnad som en ersättning för egenvård i situationer där patienten själv inte kan utföra den. Omvårdnadens mål är att så långt som möjligt hjälpa patienten till självständighet i sin egenvård. Orem's modell för egenvård består av tre viktiga begrepp, egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Egenvård är målinriktade, frivilliga och medvetna aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen skull för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Egenvårdsbehoven delas i tre kategorier: de universella egenvårdsbehoven som till exempel vatten, luft och mat vilka är avgörande för att upprätthålla liv, de utvecklingsbara egenvårdsbehoven som förändras under livets gång och kan vara bundna till personens olika utvecklingsprocesser samt egenvård vid hälsoproblem som finns specifikt hos patienter som är drabbade av sjukdom eller skada. Målet med egenvård är att tillgodose de egna egenvårdsbehoven. Det andra begreppet i

Orems egenvårdsteori är egenvårdsbrist som uppstår när egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskravet. Här är personen inte själv i stånd till att utföra en egenvård som möter behoven. Enligt Orem är kapaciteten en inlärd förmåga att tillgodose sina egna varierande behov. Egenvårdskrav är de aktiviteter som måste utföras för att tillgodose personens egenvårdsbehov samt eventuella behov som uppstår som följd av hälsoproblem. Egenvårdsbrist leder till behov av professionell omvårdnad. Det tredje begreppet är omvårdnadssystem som uppstår genom patientens och sjuksköterskans åtgärder och samspel i en omvårdnadssituation. Med hjälp av omvårdnadssystemen kan sjuksköterskan och patienten få sina roller definierade och detta ger struktur till omvårdnadssituationerna. Det finns tre olika omvårdnadssystem: fullständigt kompenserade, delvis kompenserade samt stödjande/undervisande omvårdnadssystem. Fullständigt kompenserade omvårdnadssystem innebär att utföra något för att stödja och att skydda en annan person. Delvis kompenserade omvårdnadssystem innebär att både patient och sjuksköterska utför omvårdnadshandlingar. Vid stödjande/undervisande omvårdnadssystem ska man lära individen att utföra åtgärder som är nödvändiga för att tillgodose individens egenvårdskrav. Sjuksköterskan bedömer, planerar och genomför åtgärder och på så vis anpassas omvårdnadssystemet till patientens behov (ibid).

Orem (2001) beskriver att genom omvårdnad ska individen eller anhöriga få den hjälp som behövs för att så långt som möjligt kunna återvinna sin egenvårdskapacitet. Som hjälpmetod finns allt från att undervisa patienten till att handla eller utföra något åt patienten. Sjuksköterskan ska använda den metod som är bäst lämpad för den aktuella patienten. Det viktiga är att stödja patientens kapacitet till egenvård och försöka låta patienten själv utföra så mycket som möjligt för att behålla självkänsla och utveckling. Centralt i Orems teori om egenvård är tanken att människan kan och vill tillvarata sin hälsa genom målinriktade handlingar. Fokus ligger på människors egna färdigheter och resurser. Teorin är viktig i vården av patienter med kroniska sjukdomar där det är av stor betydelse att patienten eller närstående kan bedöma sjukdomens utveckling och därigenom planera och genomföra nödvändiga åtgärder (ibid).

Hjärtsvikt

Klinisk presentation

McMurray et al. (2012) beskriver att hjärtsvikt kan delas in i akut och kronisk. Akut hjärtsvikt ger en snabb försämring av hjärtfunktionen vid till exempel hjärtinfarkt eller takykardi (ibid). Enligt McMurray och Pfeffer (2005) förbättras tillståndet normalt efter att hjärtat har återhämtat sig från grundorsaken. En plötslig försämring av kronisk hjärtsvikt kan också ge akut hjärtsvikt. I början ger kronisk hjärtsvikt få eller inga symtom och symtomen är till en början ofta diffusa vilket kan leda till diagnostiska svårigheter. Vid kronisk hjärtsvikt sker vanligtvis en långsam utveckling över längre tid, vanligtvis hos äldre personer (ibid).

McMurray et al. (2012) beskriver att de vanligaste orsakerna till hjärtsvikt är ischemisk hjärtsjukdom samt hypertoni. Andra orsaker är bland annat arytmi, kardiomyopati, klaffsjukdom, toxisk påverkan och diabetes (ibid).

Hjärtsvikt beskrivs som ett kliniskt syndrom relaterad till störningar i hjärtats funktion (McMurray et al., 2012). I Lindgren et al. (2011) beskrivs att syndromet kännetecknas

av att hjärtat inte kan dra ihop sig tillräckligt för att pumpa ut allt blod ur kamrarna (systolisk hjärtsvikt) eller att hjärtat inte fylls med tillräckligt mycket blod (diastolisk hjärtsvikt) speciellt vid ansträngning. De flesta med hjärtsvikt har både systolisk och diastolisk hjärtsvikt samtidigt. Neurohormonella kompensationsmekanismer, framförallt det sympatiska nervsystemet och renin-angiotensin-aldosteron-systemet (RAAS) aktiveras för att upprätthålla cirkulationen. Det leder till utveckling och progression av hjärtsviktssyndromet genom bland annat salt- och vätskeretention, hypertrofi och/eller dilatation av hjärtmuskeln, ökat perifert kärlmotstånd, nedsatt vävnadsmetabolism samt celldöd vilket försämrar hjärtsvikten ytterligare (ibid). Den kliniska bilden karakteriseras av orkeslöshet, andfåddhet och vätskeansamling i kroppen (McMurray et al., 2012).

Symtom

De symtom som diagnosen oftast grundar sig på är andfåddhet (dyspné) och trötthet (fatigue) (McMurray et al., 2012). Lindgren et al. (2011) beskriver att dessa symtom har en central betydelse för begränsningen i funktionsförmågan. Fatigue anses ofta bero på otillräcklig vävnadsperfusion, framförallt i skelettmuskulaturen. Det kan även bero på diuretikautlöst hypovolemi samt elektrolytrubbningar (ibid). LäkeMedelsverket (2006) beskriver att patienterna upplever fatigue som en känsla av irritation, brist på energi, slöhet och koncentrationssvårigheter. Fatigue upplevs som ett av de svåraste symtomen framförallt i livets slutskede (ibid).

The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Herdman, 2013) definierar fatigue som: ”an overwhelming sustained sense of exhaustion and decreased capacity for physical and mental work at usual level” (Herdman, 2013 s. 289).

NANDA uppger 19 olika kännetecken på fatigue till exempel brist på energi, koncentrationssvårigheter, oförmåga att återfå kraft även efter sömn, skuld-känsla för att inte uppfylla sina förpliktelser, ökat behov av vila och oförmåga att upprätthålla vanlig fysisk aktivitetsnivå (Herdman, 2013). Alsén och Brink (2013) skriver att det är vanligt att dela in fatigue i olika dimensioner till exempel med hjälp av Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) som är ett frågeformulär med syfte att mäta fem olika dimensioner av trötthet. De fem dimensioner som MFI-20 innefattar är: generell fatigue, fysisk fatigue, mental fatigue, minskad motivation och minskad aktivitet (ibid).

Ryan och Farrelly (2009) skriver att orsaken till dyspné i första hand är förhöjt vänstersidigt fyllnadstryck. Vid lättare hjärtsvikt har patienten endast besvär vid fysisk aktivitet men vid svårare sjukdom uppstår även vilodyspné. Dyspné upplevs skrämmande för patienterna och det kan leda till rädsla för döden (ibid). I Lindgren et al. (2011) beskrivs att ortopné (andfåddhet i liggande) leder till svårigheter att sova, rädsla för att lägga sig på kvällarna och resultatet blir tilltagande trötthet. Andra symtom är bland annat ödem, nykturi (natliga trängningar), viktuppgång, nedsatt kondition och allmäntillstånd samt nedsatt aptit (ibid).

Enligt European Society of Cardiology (ESC) Guidelines (McMurray et al., 2012) är en vanlig funktionsklassificering vid hjärtsvikt New York Heart Association (NYHA). Svårighetsgraden av hjärtsvikten delas i fyra klasser där patienten själv subjektivt får beskriva vilken svårighetsgrad de befinner sig i. Vid NYHA I har patienten nedsatt hjärtfunktion utan symtom. NYHA II innebär att patienten har lätt hjärtsvikt. Patienten

upplever andfåddhet och trötthet efter kraftig ansträngning. Patienter med hjärtsvikt som klassificeras som NYHA III har medelsvår hjärtsvikt. Andfåddhet och trötthet uppträder vid lätt till måttlig fysisk aktivitet (promenader, av- och påklädning). Vid NYHA IV har patienten symtom som andfåddhet och trötthet även i vila (ibid).

Allt eftersom hjärtfunktionen försämras avtar den kardiella reserven och symtom uppstår vid lägre grad av fysisk aktivitet (Lindgren et al., 2011). Hjärtsvikt begränsar patienterna på det sociala, psykiska och existentiella planet och hos patienter med hjärtsvikt är livskvaliteten i regel försämrade och välbefinnandet avtar i takt med ökad svårighetsgrad av hjärtsvikt (Yu, Lee, Kwong, Thompson & Woo, 2008).

Omvårdnad vid hjärtsvikt

Enligt ESC Guidelines (McMurray et al., 2012) är målen med behandlingen av hjärtsvikt att förbättra patienternas livskvalitet genom att minska symtom och funktionsnedsättning samt att ge ökad livslängd och att förebygga behov av ineliggande vård. Behandlingen ska baseras på strukturerat omhändertagande genom hela vårdkedjan, farmakologisk behandling samt icke-farmakologisk behandling. Egenvård utgör en viktig del av den icke-farmakologiska behandlingen vid hjärtsvikt. Det beskrivs att patienterna ska få undervisning om hur de kan känna igen tecken på försämring för att kunna vidta lämpliga egenvårdsåtgärder alternativt söka hjälp. Undervisning till patienten ska innehålla råd om diet, salt- och vätskerestriktioner, utbildning om mediciner och dess syfte, viktkontroll, diuretikabehandling, fysisk aktivitet och livsstilsförändringar (ibid).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och behandlingen ska så långt det är möjligt utföras och genomföras i samråd med patienten (SFS 1982:763, § 1, 2). I Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det att sjuksköterskan ska visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet, tillvarata patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter samt uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande. Enligt International Council of Nurses (ICN) har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Sjuksköterskan ska erbjuda vård till individen, familjen och allmänheten (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Sjuksköterskor har fått en allt viktigare roll i vården av patienter med hjärtsvikt, främst genom att utbilda patienter, genom uppföljning och upptitrering av läkemedel och Sverige har varit ett föregångsland i Europa inom detta område (Jaarsma & Strömberg, 2000). Sjuksköterskebaserade mottagningar med läkarstöd är en modell som visat sig ge säkrare diagnostik, effektivare läkemedelsanvändning, högre patienttillfredsställelse och förbättrad egenvårdsförmåga (Jaarsma et al., 1999; Strömberg et al., 2003). Strömberg (2005) beskriver att en ökad egenvårdsförmåga leder till att symtom upptäcks och behandlas tidigare samt att följsamheten till behandlingen ökar. De sjuksköterskebaserade mottagningarna påverkar även att patienterna får en korrekt diagnostik och optimal behandling (ibid). De har även resulterat i förbättrad överlevnad och minskat behov av ineliggande vård (McAlister, Stewart, Ferrua & McMurray, 2004; McDonagh et al., 2011; Strömberg et al., 2003).

Problemformulering

Hjärtsvikt är en allt vanligare sjukdom i Sverige och vårdpersonal behöver förståelse för hur sjukdomen påverkar patienterna och bättre insyn i hur patienterna kan hjälpas att leva med sin kroniska sjukdom. Fatigue är ett av de mest begränsande symtomen vid hjärtsvikt och det är viktigt att som sjuksköterska ha förståelse för hur fatigue påverkar livssituationen för att kunna hjälpa patienterna att återfå eller bibehålla sin egenvård.

Syfte

Syftet med studien var att belysa upplevelsen av fatigue hos patienter med kronisk hjärtsvikt.

Metod

Metoden som användes var en litteraturstudie vilket innebär att ett systematiskt sökande av litteraturen har utförts, den har kritiskt granskats och litteraturen inom valt ämne har sedan sammanställts (Forsberg & Wengström, 2013).

Datansamling

Först gjordes en inledande litteratursökning för att få en överblick av vad som är publicerat inom det valda området som rekommenderas av Friberg (2012). Sedan utfördes själva huvudsökningen av litteraturen för att finna artiklar som svarade mot syftet i litteraturstudien. Artiklarna söktes i databaserna Cinahl, PubMed och PsycInfo som anses vara relevanta databaser med aktuell forskning inom omvårdnad. MeSH-termer användes i PubMed, Headings i Cinahl och Thesaurus i PsycInfo men även sökord i fritext användes. Alla sökningar gjordes även som enbart fritextsökning för att inte missa någon relevant artikel. Sökordet *heart failure* användes vid varje sökning och kombinerades på olika sätt med de andra sökorden *fatigue*, *experience*, *nursing* och *quality of life* (Bilaga A). Sökorden kombinerades med den booleska operatör AND. Den användes för att koppla ihop två eller fler sökord med varandra och få databaserna att söka på dokument som handlade om de sökord som användes (Friberg, 2012).

Begränsningarna skiljer sig lite åt i de tre databaserna som användes i litteratursökningen. I Cinahl valdes initialt publiceringsår 2009-2014, att gälla vuxna individer, artiklar skrivna på engelska, peer reviewed och att abstrakt ska finnas tillgängligt. Efter första litteratursökningen i Cinahl utökades dock publiceringsåren till 2007-2014 för att få en tillräcklig mängd artiklar som svarade mot studiens syfte. I PubMed valdes publiceringsår 2007-2014, artiklar skrivna på engelska och att abstrakt ska finnas tillgängligt. I PsycInfo valdes publiceringsår 2007-2014, artiklar skrivna på engelska och peer reviewed. Inklusionskriterier var artiklar med patientperspektiv och som handlade om vuxna människor med hjärtsvikt. Artiklar som exkluderades tog upp medicinsk behandling.

Totalt blev det 277 stycken träffar, av dessa lästes abstrakt på de titlar som verkade svara mot studiens syfte. Totalt lästes 54 abstrakt och 22 av dem gick vidare till urval 1. De sökningar som inte resulterade i några artiklar till urval 1 samt dubletter redovisas inte i sökhistoriken (Bilaga B). En artikel hittades med hjälp av en manuell sökning. Artikeln hittades genom en annan artikels referenslista och söktes upp på databasen Cinahl. Vald artikel ansågs svara väl mot syftet och togs med i urval 2. Artiklarna från det första urvalet lästes först var för sig. Efter en gemensam genomgång togs 9 artiklar bort då deras resultat inte svarade mot studiens syfte. De kvarvarande 13 artiklarna gick vidare till urval 2 och kvalitetsgranskades enligt Carlsson & Eimans (2003) bedömningsmallar. När bedömningen gjorts räknades poängsumman om till procent där 80-100% motsvarar grad I, 70-79% motsvarar grad II och 60-69% motsvarar grad III. Resultatet består av 13 vetenskapliga artiklar där 4 stycken är kvalitativa och 9 stycken är kvantitativa (Bilaga C1-C2 och D1-D5). Alla resultatartiklar erhöll grad I i kvalitetsgranskningen.

Databearbetning

Resultatartiklarna lästes igenom var för sig flera gånger och sedan gemensamt. Resultat som svarade mot syftet markerades med olika färgpennor, lyftes ut och skrevs ner för att sedan bearbetas tillsammans. Därefter gjordes en artikelöversikt (bilaga C1-C2 och D1-D5) där alla resultatartiklarna sammanställdes och beskrevs kortfattat. Resultaten gick in i varandra och fick omgrupperas flera gånger innan lämpliga teman hittades. De första förslagen till tema som framkom under bearbetningen var: *att vara beroende av andra/självständighet/autonomi, social påverkan/isolering, osäkerhet/påminnelse av sjukdomen/döden och ny livsstil/coping/perspektiv*. Efter ytterligare genomläsning och bearbetning av resultatet ändrades de fyra temana till: *Strävan att bibehålla sin fysiska förmåga, social påverkan, mental påverkan och framtidstro*.

Resultat

Strävan att bibehålla sin fysiska förmåga

Fatigue beskrevs som en trötthet, brist på energi, utmattning och en kraftlöshet som involverade hela kroppen (Chen, Li, Shieh, Yin & Chiou, 2010; Falk, Granger, Swedberg & Ekman, 2007a; Falk, Swedberg, Gaston-Johansson & Ekman, 2007b; Jones, McDermott, Nowels, Matlock & Bekelman, 2012; Hägglund, Boman & Lundman, 2008a). Två studier påvisade att kvinnor upplevde högre grad av fatigue än vad män gjorde (Hägglund, Boman, Olofsson & Brulin, 2007; Tang, Yu & Yeh, 2010)

"Now I feel like I'm living as half a person...because I don't have the energy for anything" (Hägglund et al., 2008a, s. 292).

Fatigue kunde inte ignoreras, patienterna upplevde en överväldigande lust att lägga sig ner och sova men ändå aldrig få känna sig tillräckligt utvilade (Hägglund et al., 2008a; Jones et al., 2012). Att få sova och vila hade blivit en större del i patienternas liv än vad

de ville och det påverkade hela deras livssituation (Falk et al., 2007a; Hägglund et al., 2008a; Pihl, Fridlund & Mårtensson, 2011). I Hägglund et al. (2008a) beskrev patienterna att förändringar i intensiteten av fatigue uppstod på ett oförutsägbart sätt och förmågan att utföra aktiviteter kunde ändras fort under dagen. Falk et al. (2007a) beskrev fatigue som en ond cirkel där det faktum att patienterna inte orkade utföra aktiviteter ledde till högre grad av inaktivitet.

Fatigue gav begränsningar i det dagliga livets fysiska aktiviteter på grund av försämrad fysisk funktionsförmåga (Chen et al., 2010; Evangelista et al., 2008; Falk et al., 2007b; Falk, Patel, Swedberg & Ekman, 2009; Norberg, Boman & Löfgren, 2010). Hägglund, Boman, Stenlund, Lundman & Brulin (2008b) visade att kvinnor var mer begränsade i sin fysiska funktion än män. Att inte kunna utföra nödvändiga aktiviteter i det dagliga livet exempelvis att städa, laga mat och handla på grund av fatigue gjorde patienterna sårbara och de blev beroende av hjälp från andra (Hägglund et al., 2008a; Jones et al., 2012; Pihl et al., 2011; Norberg et al., 2010). Pihl et al. (2011) beskrev att en del av patienterna upplevde att de var en börda för andra när de blev beroende av hjälp från andra medan andra patienter i studien upplevde det naturligt att familj och vänner hjälpte dem med olika saker. I Hägglund et al. (2008a) framkom att patienterna upplevde en känsla av säkerhet när de kunde lita på att hjälp fanns tillgänglig men det fanns samtidigt en stark önskan om att kunna leva så oberoende som möjligt (Hägglund et al., 2008a; Norberg et al., 2010). I Hägglund et al. (2008a) upplevde patienterna en känsla av sorg när kraftlösheten gjorde att de inte orkade med hushållssysslor och uppskattade aktiviteter längre.

Hägglund et al. (2007) visade att den fysiska funktionsnedsättningen ledde till sämre livskvalitet. Hägglund et al. (2008a) resultat visade att patienterna var rädda för att förlora sina förmågor, inaktivitet var farligt och ledde till försämrat hälsostatus och ökad fatigue. I Falk et al. (2007a) minskade fatigue och allvarlighetsgraden av patienternas upplevelser av fatigue genom att de utförde olika aktiviteter som de föredrog. I Pihl et al. (2011) beskrevs att patienterna hade motivation att bevara sina funktioner och utföra aktiviteter för att upprätthålla eller öka sin kapacitet i det dagliga livet.

Social påverkan

Fatigue hade en stor inverkan på det sociala livet för patienterna (Falk et al., 2007a; Hägglund et al., 2008a; Pihl et al., 2011). De orkade inte resa till familj och vänner som bodde långt bort och det var för ansträngande att förbereda för gäster vilket gav känslor av ensamhet och isolering (Hägglund et al., 2008a; Pihl et al., 2011). I Falk et al. (2007a) beskrevs det som en känsla av att vara fånge i sitt eget hem.

Pihl et al. (2011) och Falk et al. (2007a) visade att vänskaps- och familjerelationerna påverkades på ett negativt sätt på grund av deras begränsade fysiska kapacitet. Att förlora meningsfulla uppgifter och ha ett inskränkt socialt liv gav ett fattigt liv (Pihl et al., 2011). Patienterna kände skuld-känslor för att de inte kunde klara av det som de själva och personer i deras närhet förväntade sig (Falk et al., 2007a; Jones et al., 2012). I Jones et al. (2012) upplevde patienterna att familjen, vännerna och även sjukvårdspersonalen inte förstod deras upplevelser av fatigue och hur den kunde variera från den ena dagen till den andra och att andra ibland såg det som en ursäkt eller lathet.

"I wish that they did understand when I say i'm tired" (Jones et al., 2012, s. 487).

Fatigue var en ensam upplevelse som patienterna valde att inte dela med sina anhöriga, dels för att skona sina nära och kära och dels för att patienterna valde att spara känslomässig energi (Jones et al., 2012). Fatigue ansågs vara en naturlig del av åldrandet hos en del patienter (Falk et al., 2007a; Pihl et al., 2011; Stephen, 2008). Stephen (2008) såg i sin studie att gifta patienter hade högre grad av fatigue än ogifta patienter.

"You just got to deal with it and the more you let them in—people who care about you—if you let them in on it, then they tend to get all upset" (Jones et al., 2012 s. 488).

Mental påverkan

Närvaron av fatigue kunde ses som en ständig påminnelse om den kroniska och obotliga sjukdomen patienterna lever med (Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Falk et al., 2009; Jones et al., 2012). Fatigue påminde om sjukdomen vilket ledde till osäkerhet och vid försämring blev osäkerheten ännu svårare för patienterna (Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Jones et al., 2012; Stephen, 2008). Enligt Jones et al. (2012) sågs fatigue som en manifestation av hjärtsvikt. I samma studie togs det upp att fatigue blev som ett instrument för patienterna där de kunde mäta sin livskraft, produktivitet och egenvärde. Hög symtombörda gav högre grad av fatigue vilket ledde till flera existentiella tankar och funderingar (Chen et al., 2010; Evangelista et al., 2008; Jones et al., 2012; Stephen, 2008). Tre studier påvisade att kvinnor upplevde större symtombörda än män (Evangelista et al., 2008; Falk et al., 2009; Tang et al., 2010). Falk et al. (2009) fick fram att ökad symtombörda resulterade i högre grad av ångest och depression. Ångest kunde uppstå som ett resultat av att patienterna inte kunde möta kraven från sjukdomen. I ovanstående studie förklarades kvinnors ökade symtombörda med att det normalt sätt är kvinnorna som sköter hemmets sysslor. När kvinnorna inte längre kunde utföra sina tidigare sysslor ledde det till skuld känslor och förvärrad symtombörda (ibid).

"The energy level again. You kind of have to not think about it. If you think about it, it is kind of like having a time bomb in your chest." (Jones et al., 2012, s. 488).

Upplevelsen av fatigue blev synonymt med de existentiella frågor som många patienter brottades med (Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Falk et al., 2009; Jones et al., 2012). Hälften av patienterna som upplevde fatigue som det mest besvärande symtomet uppgav att det svåraste med att leva med hjärtsvikt var insikten om att sjukdomen var dödlig och utan möjlighet för kurativ behandling (Jones et al., 2012). Pihl et al. (2011) och Jones et al. (2012) påvisade att rädslan för döden eller för att överanstränga sig gjorde att patienterna inte vågade utföra fysiska aktiviteter i den utsträckning som de skulle kunnat.

"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 et al., 2011, s. 7).

Falk et al. (2007a) beskrev fatigue som demoraliserande. Patienterna upplevde konsekvenserna av fatigue som ett personligt misslyckande och det uppstod en obalans mellan förväntningar och förmågor. De kände sig även förödmjukade för att andra kunde se i hur dåligt skick de verkligen var. Skam över att somna när de var ute bland folk var också något som framkom i studien (ibid). Falk et al. (2007b) påvisade att

fatigue inte kunde kontrolleras och därför upplevde patienterna att de förlorade kontrollen och det ledde i sin tur till osäkerhet och negativa tankar om framtiden.

I flera studier påvisades ett samband mellan ångest, osäkerhet, depression och fatigue (Chen et al., 2010; Evangelista et al., 2008; Falk et al., 2009; Hägglund et al., 2007; Tang et al., 2010). Hägglund et al. (2008) kunde påvisa ett samband mellan depression och fatigue hos kvinnor men inte hos män. Falk et al. (2009) såg att depression och ångest i första hand ledde till mental fatigue och nedsatt motivation. I studien framkom det att kvinnor upplevde större symtombörda än män och det resulterade i högre grad av ångest och depression. Patienter i flera studier (Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Pihl et al., 2011) upplevde att fatigue gjorde det svårt för dem att koncentrera sig, de hade svårt för att samla sina tankar och fokusera.

Framtidstro

Enligt Jones et al. (2012) kunde patienterna med tiden lära känna sin fatigue och hur den fungerade för den enskilda patienten.

"Your body will tell you, a person has to be in tune with their body to learn" (Jones et al., 2012, s. 487).

När patienterna hade lärt känna sin sjukdom lärde de sig vikten av att planera och disponera tid och krafter (Falk et al., 2007a; Hägglund et al., 2008a; Jones et al., 2012; Norberg et al., 2010; Pihl et al., 2011). Planerandet var ett sätt att skydda sig mot symtomen och eventuella konsekvenser av överansträngning (Jones et al., 2012). Samtidigt var det viktigt att patienterna vågade tro på sig själva och utmanade sig för att inte hamna i inaktivitet (Pihl et al., 2011). Samma studie visade att genom att försöka och lyckas, kände patienterna sig tillfreds och fick ökat självförtroende. Enligt Pihl et al. (2011) var en viktig uppgift för sjuksköterskan att informera patienterna om att rädslan för att pressa sig för långt kunde resultera i inaktivitet och lågt självförtroende. Studier påvisade vikten av att tänka positivt och att tänka på vad patienterna faktiskt kunde göra själva som en viktig copingmekanism (Hägglund et al., 2008a; Jones et al., 2012). Hägglund et al. (2008a) visade att patienterna kände tacksamhet för det de faktiskt kunde göra till exempel att lösa korsord. Att jämföra sig med de som hade det sämre var till hjälp för patienterna när de skulle lära sig leva med fatigue i vardagen (ibid).

"Yes I do boil the potatoes myself...I am glad that I can take care of that" (Hägglund et al., 2008a, s. 293).

Chen et al. (2010) redovisade att positivt tänkande kunde vara ett sätt att lindra symtombördan och oron som många patienter levde med. I flera studier framkom det att upplevelsen av fatigue kunde lindras genom att patienterna anpassade sig till den nya verkligheten (Evangelista et al., 2008; Falk et al., 2007a; Hägglund et al., 2008a; Jones et al., 2012). I Hägglund et al. (2008a) beskrevs att när patienterna utförde aktiviteter långsammare, mottog tillgänglig hjälp och använde hjälpmedel gav detta en positiv påverkan på upplevelsen av fatigue. Även Norberg et al. (2010) såg att patienterna använde hjälpmedel, vilade mellan olika moment och valde vilka uppgifter som ansågs viktigast som en strategi för att hjälpa sig själva att bemästra sin fatigue och lindra upplevelsen av fatigue i vardagen. Pihl et al. (2011) påvisade vikten av att ändra fokus och sätta upp nya mål i vardagen för att lära sig leva med fatigue. Ett exempel kunde

vara att klippa halva gräsmattan på förmiddagen och halva på eftermiddagen (ibid). Ett annat exempel på anpassning kunde vara att patienterna satte upp mål för att lindra upplevelsen av fatigue till exempel att sova en timme på dagen och gå en liten promenad varje dag (Hägglund et al., 2008a). Evangelista et al. (2008) framhöll även att energisparande aktiviteter hade en positiv effekt på patienternas upplevelse av fatigue.

Diskussion

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie gjordes utifrån syftet att belysa upplevelsen av fatigue hos patienter med kronisk hjärtsvikt. Databaserna som användes var Cinahl, PubMed och PsycInfo. Detta ansågs vara en styrka då de innehöll omvårdnadsinriktad forskning. Sökordet *heart failure* användes i alla sökningarna, det kombinerades på olika sätt med de andra sökorden *fatigue*, *experience*, *quality of life* och *nursing*. Sökorden användes som MeSH-termer, Cinahl Headings och Theasaurus i de olika databaserna där det var möjligt men då alla sökord inte fanns i dessa olika termer gjordes alla sökningar även som fritextsökning för att inte gå miste om någon relevant artikel. Alla sökningar utfördes likadant i varje databas. Sökorden ansågs relevanta för att hitta artiklar som svarade mot syftet. Initialt användes publiceringsår 2009-2014 för att få så uppdaterad forskning som möjligt men då inte tillräckligt med artiklar hittades valdes att utöka publiceringsåren med ett par år till. Publiceringsåren ändrades till 2007-2014 vilket gav tillräckligt med träffar i de olika databaserna. Anledningen till att inte årtalen utökades ytterligare var för att så uppdaterad forskning som möjligt ville användas. Begränsningen peer reviewed och engelskt språk användes för att förbättra möjligheten till att hitta vetenskapliga artiklar.

De flesta resultatartiklarna hittades vid sökningar i den första databasen som var Cinahl. Många av artiklarna återkom som dubletter i övriga sökningar vilket ses som att relevanta sökord valts och ses som en styrka. En av resultatartiklarna hittades via manuell sökning efter genomgång av en annan artikels referenslista, det kan ses som en svaghet att artikeln inte hittades med hjälp av de sökord som användes.

Artiklarna som gick vidare till urval 2 granskades med en granskningsmall av Carlsson & Eiman (2003). Granskningsmallen var tydlig och lätt att följa och ansågs som bra då det fanns fastställda kriterier för poängsättning som sedan räknades om till procent som motsvarade graden av kvalitet på artiklarna. Det negativa med granskningsmallen är att det krävs noll poäng på flera frågor för att komma till grad II. I ett par av resultatartiklarna fanns det ett ganska stort bortfall och trots det så blev artiklarna grad I då de fick höga poäng på resterande frågor. Då de ändå blev grad I togs de med i resultatet. Det sågs som en styrka att alla resultatartiklar erhöll grad I i granskningen. Det bör beaktas att författarnas erfarenhet av att använda granskningsmallen kan ha påverkat granskningen.

Resultatartiklarna var främst från Sverige men även från USA och Taiwan. Det sågs som en styrka att så många artiklar var från Sverige då det blir lättare att applicera till vår kultur men det sågs även som en styrka att artiklarna täckte in flera delar av världen

för då fås ett bredare perspektiv. Av resultatartiklarna var fyra kvalitativa och nio kvantitativa. Utifrån syftet hade det kanske varit passande att ha fler kvalitativa artiklar i resultatet då de belyser upplevelser i större grad än vad kvantitativa artiklar gör men samtidigt är det positivt med kvantitativa artiklar då de representerar en större andel patienter än vad de kvalitativa artiklarna gör. Det var en viss svårighet att jämföra de kvantitativa artiklarna då de använde sig av olika mätinstrument/skalor för att mäta olika dimensioner av fatigue.

Resultatdiskussion

Strävan att bibehålla sin fysiska förmåga

I resultatet framkom att fatigue beskrevs som en trötthet, brist på energi, utmattning och att det var en kraftlöshet som involverade hela kroppen (Chen et al., 2010; Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Jones et al., 2012; Hägglund et al., 2008a). Det styrks av Mårtensson, Karlsson och Fridlund (1997) där patienterna beskrev fatigue som brist på energi, en försämrad styrka och energi och att det inte fanns någon energi kvar alls. Det beskrevs som ett återkommande problem som påverkade hela deras kropp (ibid). Även NANDA (Herdman, 2013) beskriver att de här upplevelserna är kännetecken på fatigue. Litteraturstudiens resultat visade att fatigue gav begränsningar i det dagliga livet avseende fysiska aktiviteter (Chen et al., 2010; Evangelista et al., 2008; Falk et al., 2007b; Falk et al., 2009; Norberg et al., 2010) och gjorde det svårt att kunna utföra diverse aktiviteter som exempelvis att städa, handla och laga mat, vilket resulterade i att patienterna blev beroende av hjälp från andra (Hägglund et al., 2008a; Jones et al., 2012; Pihl et al., 2011; Norberg et al., 2010). Det stämmer överrens med resultatet från en studie av Norberg, Boman och Löfgren (2008) som visade att patienterna hade en minskad kvalitet i utförandet av aktiviteter i det dagliga livet och var beroende av hjälp. Pihl et al. (2011) visade att en del patienter upplevde att de blev en börda för andra när de blev beroende av hjälp men också att en del patienter upplevde det som naturligt att familj och vänner hjälpte dem med olika saker. Det går i linje med Mårtensson, Karlsson och Fridlund (1998) som visade att det var svårt för patienterna att acceptera att de inte längre kunde utföra hushållsaktiviteter eller ge det stöd till sin omgivning som de skulle vilja och det ledde till en känsla av att vara en börda för sin omgivning. I Hägglund et al. (2008a) framkom att patienterna kände sig trygga när de visste att hjälp fanns att få men att det fanns en stark önskan om att kunna leva så oberoende som möjligt (Hägglund et al., 2008a; Norberg et al., 2010). I ESC Guidelines (McMurray et al., 2012) beskrivs att ett av målen med behandlingen av hjärtsvikt är att förbättra patienternas livskvalitet genom att minska symtom och funktionsnedsättning. Ett sätt som påverkar fatigue och den fysiska kapaciteten på ett positivt sätt är fysisk träning (McMurray et al., 2012; Pihl, Cider, Strömberg, Fridlund & Mårtensson, 2011; Pozehl, Duncan & Hertzog, 2008). Det ger möjligheter för patienterna att förbättra sin fysiska kapacitet och att orka utföra aktiviteter i det dagliga livet samt ger mer ork och uppmuntran för egenvård som i sin tur kan leda till ökad livskvalitet. Egenvård är en viktig del för en framgångsrik behandling av patienter med hjärtsvikt (McMurray et al., 2012) samt för att undvika ineliggande vård på sjukhusen (Jurgens, Shurpin & Gumersell, 2010). I Orem's egenvårdsteori (Orem, 2001) är tanken att människan kan och vill tillvarata sin hälsa genom målinriktade handlingar där fokus ligger på

människors egna färdigheter och resurser. Det är viktigt för sjuksköterskan att stödja och uppmuntra patienternas kapacitet till egenvård så att de kan behålla sin självkänsla och utveckling. Sjuksköterskan måste tillåta patienten att vara delaktig i sin vård och inte ta över det patienten klarar av för att på så sätt reducera känslan av maktlöshet och bryta den onda cirkeln av ökande inaktivitet.

Social påverkan

Fatigue har en stor inverkan på det sociala livet för patienter med hjärtsvikt (Falk et al., 2007a; Hägglund et al., 2008a; Pihl et al., 2011). De kände sig ensamma och isolerade för att de inte hade tillräckligt med energi för att resa till sin familj och sina vänner som bodde långt iväg samt att de upplevde det som för ansträngande att förbereda för gäster (Hägglund et al., 2008a; Pihl et al., 2011). Det styrks av Ekman och Ehrenberg (2002) som beskriver att kvinnor uttryckte mer känslor av ensamhet än vad män gjorde och Mårtensson et al. (1997) visar att patienterna känner sig övergivna när de inte har någon i sin omgivning som är involverad i deras livssituation eller har någon att dela sin livssituation med. Stephen (2008) såg i sin studie att gifta patienter hade högre grad av fatigue än ogifta patienter. Inga andra resultatstudier har visat liknande resultat. Stephen tror att resultatet kan förklaras med att gifta personer har ett ansvar gentemot sin partner när det gäller att hjälpas åt samtidigt som partnern inte riktigt förstår hur fatigue påverkar livet för patienterna. Vänskaps- och familjerelationer påverkades på ett negativt sätt på grund av patienternas begränsade fysiska kapacitet (Falk et al., 2007a; Pihl et al., 2011). Patienter upplevde skuld-känslor när de inte klarade av det som de själva samt personer i deras närhet förväntade sig (Falk et al., 2007a; Jones et al., 2012). Det stämmer överrens med Ekman och Ehrenberg (2002) som visade att det var vanligt att kvinnorna upplevde skuld-känslor medan det var sällsynt bland männen. Tvärtom visade Plach, Heidrich och Jeske (2006) resultat där äldre personer hade andra förväntningar på sig och färre krav från omgivningen vilket ledde till mindre problem med fatigue. Patienterna i Jones et al. (2012) upplevde att familjen, vännerna och sjukvårdspersonalen inte förstod deras upplevelser av fatigue och hur den varierar från en dag till en annan och att andra såg det som en ursäkt eller lathet. Fatigue var en ensam upplevelse som patienterna valde att inte dela med sina anhöriga, dels för att skona sina nära och kära och dels för att de valde att spara känslomässig energi (ibid). Yu et al. (2008) beskriver att patienterna begränsas på det sociala planet, livskvaliteten är i regel försämrade och välbefinnandet avtar i takt med ökad svårighetsgrad av hjärtsvikt. Som sjuksköterska kan ett sätt att hjälpa patienterna till bättre social integration vara att hitta olika strategier för att hantera den fysiska tröttheten som till exempel att patienterna vilar en stund innan de åker på något socialt evenemang. Den sociala förlusten verkar vara starkt kopplad till den begränsade fysiska funktionen hos patienterna. Ett annat sätt för sjuksköterskan att hjälpa till kan vara att initiera hemtjänst så patienterna blir avlastade och kan göra andra saker istället.

Fatigue upplevs av många patienter vara en naturlig del av ålderdomen (Falk et al., 2007a; Pihl et al., 2011; Stephen, 2008). Det stöds av Ekman och Ehrenberg (2002) och Falk, Ekman, Andersson, Fu och Granger (2013) vars resultat visade att patienterna trodde att fatigue var ett resultat av deras ålder. Patienterna tror inte att det är ett symptom de behöver tala om för sin läkare eller sjuksköterska (ibid). Det styrks av Carlsson, Riegel och Moser (2001) där det framkom att 1/3 av patienterna med hjärtsvikt ser fatigue som ett icke viktigt symptom och upp till 50 % uppgav problem

med att känna igen fatigue som ett symptom på försämring. Ett annat hinder för stöd och vård är enligt Falk et al. (2007b) att äldre personer uppvisar nedsatt motivation till följd av fatigue och därför inte söker vård. Enligt Falk et al. (2007a) kan problem även uppstå när patienterna söker vård då upplevelsen av fatigue är vag, det är svårt att sätta ord på och definiera, vilket leder till att det blir svårt att hjälpa patienterna på ett strukturerat och bra sätt. Det går i linje med Payne, Wiffen och Martins (2012) som påstår att det finns lite information om hur man behandlar fatigue effektivt trots den stora inverkan det har på patienternas liv. Enligt Orems (Orem, 2001) egenvårdsteori ska sjuksköterskan lära individen att utföra åtgärder som är nödvändiga för att tillgodose individens egenvårdskrav. Omvårdnaden ska leda till att individen får den hjälp som behövs för att så långt som möjligt kunna återvinna sin egenvårdskapacitet (ibid). För sjuksköterskan är det viktigt att informera och påtala vikten av att patienterna berättar för sin läkare eller sjuksköterska om sina symptom och då även fatigue för att kunna hjälpa dem att hitta olika sätt att hantera den på. Även anhöriga kan behöva information om vad fatigue är och vilka konsekvenser det leder till så att patienterna ska slippa känna sig ensamma och missförstådda i sin sjukdomsupplevelse.

Mental påverkan

Falk et al. (2007a, 2007b, 2009) och Jones et al. (2012) menar att närvaron av fatigue kan ses som en ständig påminnelse om livets sårbarhet. När patienterna påminns om sin obotliga sjukdom genom sina symptom leder det till en osäkerhet för patienterna (Falk et al., 2007a). Enligt Jones et al. (2012) ser patienterna på fatigue som en bekräftelse på sjukdomen och vid starkare fatigue uppfattar patienterna det som att sjukdomen är allvarligare. Fatigue blir ett konkret mått på hur sjuka de är (ibid). Resultatet visar att osäkerheten som patienterna upplever troligtvis har flera orsaker. Dels kan det bero på för dålig kunskap om sjukdomen, dels finns det en okunskap om vad fatigue är vilket gör att patienterna lägger skulden på sig själva för att de inte orkar med lika mycket som tidigare. De har även visat att fatigue leder till nedsatt självkänsla och känslor av skuld och skam (Chen et al., 2010; Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Falk et al., 2009; Hägglund et al., 2008a; Jones et al., 2012; Pihl et al., 2011; Tang et al., 2010). Fatigue är svårt att kontrollera och bestämma över vilket leder till att patienterna upplever att de förlorar kontrollen över sin kropp och sitt liv. Fatigue leder till svåra tankar om en osäker framtid (Falk et al., 2007b). Jones et al. (2012) ser att fatigue ger en känsla av sårbarhet och dödlighet. Samma studie visar att för de sjukaste patienterna är dödligheten och avsaknaden av kurativ behandling den svåraste aspekten av fatigue. Vid försämring ökar osäkerheten och känslolokalet blir svårare att hantera (Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Jones et al., 2012; Stephen, 2008). Detta är inte i linje med studien av Britz och Dunn (2010) där patienterna uppgav att sjukdomen inte orsakade osäkerhet, oro eller depression. I samma studie påvisades också att ju bättre självförtroende patienterna hade med tanke på egenvård, desto bättre mådde patienterna i alla dimensioner. En förklaring kan vara att när patienterna kan kontrollera sjukdomen upplevs osäkerheten mindre och resultatet blir ökat självförtroende. Samtidigt visar forskning att försämring kan undvikas eller mildras om patienterna kan hantera sin sjukdom och utföra en god egenvård (McAlister et al., 2004; McDonagh et al., 2011; Strömberg et al., 2003). När ett så pass viktigt organ som hjärtat sviktar kan det upplevas som ett påtagligt hot mot livet och leda till sorg, besvikelse och osäkerhet hos patienterna. Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskan uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande. Som sjuksköterska är det viktigt att

bekräfta patienternas upplevelser och informera om att det är helt normalt att känna som de gör. Det är viktigt att patienterna får tid och möjlighet att fråga om det de funderar på. Sjuksköterskor måste ha kunskap om hur patienterna upplever fatigue för att kunna stödja den enskilde patienten i sina personliga upplevelser.

Patienter i flera studier (Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Pihl et al., 2011) upplevde att fatigue gjorde det svårt för dem att koncentrera sig, de hade svårigheter för att samla sina tankar och fokusera. Det styrks av Mårtensson et al. (1997) som beskriver att patienterna upplever att bristen på energi påverkade hela deras kropp samt deras kapacitet att tänka och känna. Det styrks även av Riegel och Carlsson (2002) där patienterna upplevde svårigheter att koncentrera sig och att komma ihåg saker. NANDA (Herdman, 2013) beskriver att koncentrationssvårigheter är ett kännetecken på fatigue. Det är viktigt att sjuksköterskor förstår att fatigue även påverkar de mentala aspekterna likväl som de fysiska. Både på hjärtsviktsmottagningar och på vårdavdelningar är det bra om sjuksköterskan tänker på att dela upp informationsflödet till flera tillfällen då det kan bli lättare för patienten att ta in information och komma ihåg den.

Framtidstro

Även om fatigue leder till en psykisk påverkan med osäkerhet, depression och ångest visar flera av studierna att patienterna verkligen kämpar för att hitta sin väg vidare (Chen et al., 2009; Evangelista et al., 2008; Falk et al., 2007a; Hägglund et al., 2008a; Jones et al., 2012; Norberg et al., 2009; Pihl et al., 2010). Patienterna väljer olika strategier för att lära sig leva med fatigue och patienterna kämpar för att hålla kvar sitt oberoende så länge det går (Norberg et al., 2010). Resultatet visar att upplevelsen av fatigue i första hand är av fysisk karaktär och att mental fatigue och psykisk fatigue är mindre vanligt hos patienter med hjärtsvikt (Evangelista et al., 2008; Falk et al., 2007b; Hägglund et al., 2008; Norberg et al., 2009). Flera artiklar visar att det är en ständig kamp mellan viljan och den sjuka kroppen (Hägglund et al., 2008; Jones et al., 2012; Norberg et al., 2009). Patienterna hittar nya sätt att leva med sin kroniska sjukdom. Exempel på detta är att man använder hjälpmedel och energisparande aktiviteter, man pausar och man lär sig prioritera. Några patienter tackar ja till hjälp i hemmet för att kunna utföra roligare saker, till exempel sociala aktiviteter eller hobbyer. I en studie ser man att patienterna tänker att de vill utföra så mycket som möjligt själva annars finns risken att man blir sjukare (Hägglund et al., 2008). Pihl et al. (2010) och Jones et al. (2012) ser å andra sidan att patienterna är rädda för att utföra aktiviteter på grund av rädsla för döden och för att överstiga sina gränser. Enligt Falk et al. (2007a) kan fatigue leda till en ond cirkel med inaktivitet till följd av rädslan. Resultatet kan bli ytterligare försämring och nedsatt självbild. I studien till Falk et al. (2007a) ser man att det uppstår en obalans som mellan det som förväntas av patienten och förmågan patienten har. Förväntningarna kan komma från patienten själv, från anhöriga eller från sjukvården. Falk et al. (2007a) menar patienternas begränsningar leder till en upplevelse av ett personligt misslyckande. Patienterna upplever hjälplöshet och hopplöshet. I sin tur påverkar detta självbilden hos patienterna. Det är i linje med Ryan och Farrelly (2009) som fick fram att patienterna upplevde en demoralisering till följd av allt de inte kunde göra. Samma studie visade även att patienterna begränsades i sina aktiviteter av välmenande anhöriga som inte tillät patienterna att utföra aktiviteter. Hägglund et al. (2008) ser att patienterna upplever det som en kamp tillsammans med kroppen mot fatigue. Pihl et al. (2012) visar i sin studie att när patienterna försöker och lyckas leder det till att patienterna stärker sitt självförtroende. Hägglund et al. (2008) visar att

patienterna känner tacksamhet för det de faktiskt kan göra och det hjälper dem att bli mer tillfreds med livet. Förträngning av svåra tankar och att tänka positivt är lindrande för patienterna (Chen et al., 2010; Falk et al., 2007).

Patienterna behöver omvärdera livet för att lyckas leva bättre med fatigue (Evangelista et al., 2008; Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Hägglund et al., 2008a; Jones et al., 2012; Norberg et al., 2010; Pihl et al., 2011). Britz och Dunn (2010) menar att patienter som har självförtroende i att hantera sitt tillstånd upplever större välbefinnande. I resultatet ses att fatigue kan orsaka egenvårdsbrist (Chen et al., 2010; Evangelista et al., 2008; Falk et al., 2007a; Falk et al., 2007b; Falk et al., 2009; Hägglund et al., 2008; Jones et al., 2012; Norberg et al., 2010; Pihl et al., 2011). Enligt Orem (2001) leder egenvårdsbrist till behov av professionell omvårdnad. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten med stöd och undervisning för att hjälpa patienten att återfå så hög grad av egenvård som möjligt. Enligt ESC Guidelines (McMurray et al., 2012) ska patienten få undervisning om hur man känner igen tecken på försämring för att kunna vidta lämpliga egenvårdsåtgärder, alternativt söka hjälp. Sjuksköterskor har fått en allt viktigare roll i vården av hjärtsviktpatienter. På sjuksköterskebaserade mottagningar med läkarstöd ska patienterna få hjälp med utbildning och tätare uppföljning. Resultatet har blivit nöjdare patienter och förbättrad egenvårdsförmåga (Jaarsma et al., 2000; Strömberg et al., 2003). Behovet av information är individuellt och det är viktigt som sjuksköterska att vara lyhörd för patientens behov. Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskan tillvarata patientens kunskaper och erfarenheter. Många patienter med hjärtsvikt har lärt sig leva med sjukdomen och de har redan utvecklat strategier för att klara av vardagen. Det är viktigt att komma ihåg att patienterna känner sin sjukdom bäst, speciellt fatigue som är en inre, osynlig sjukdom som varierar i upplevelse från patient till patient.

Konklusion

Det visade sig i litteraturstudien att fatigue resulterar i olika upplevelser från patient till patient. Gemensamt för alla som upplever fatigue är att det upplevs som ett av de svåraste symtomen vid hjärtsvikt. Patienterna begränsas framförallt fysiskt men även otrygghet och osäkerhet är vanliga upplevelser hos patienter med fatigue. Patienterna för en aktiv kamp mot fatigue och de genomför många förändringar för att bibehålla så hög grad av egenvård och oberoende som möjligt. Fatigue resulterar ändå i ökat beroende och ändrat socialt liv.

Resultatet av litteraturstudien har hjälpt att få en ökad förståelse och kunskap om patienternas upplevelser av livet med fatigue. Ökad förståelse kan ge en bra vägledning i omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt. Kunskapen om att fatigue upplevs olika kan hjälpa sjuksköterskor att utföra en individanpassad omvårdnad som leder till ökad egenvård för patienterna.

Implikation

Fatigue är ett av de mest begränsande symtomen vid kronisk hjärtsvikt. Upplevelsen av fatigue begränsar patienterna på en rad olika områden i det dagliga livet. Den fysiska dimensionen av fatigue är den vanligaste bland patienter med hjärtsvikt och det som begränsar patienterna i störst utsträckning. Samtidigt upplever patienterna en stor oro och osäkerhet och fatigue leder till påverkan på det sociala livet.

Sjuksköterskor både i grundutbildningen och i klinisk verksamhet behöver en större förståelse för hur patienter upplever fatigue, hur det begränsar vardagen och hur patienterna oroas på grund av fatigue. Det behövs även kunskap om att fatigue har en stor inverkan på patienternas liv och att fatigue består av olika dimensioner för att kunna ge bästa möjliga vård till denna patientkategori. En klar definition på vad fatigue är och hur det kan mätas skulle göra det lättare att sätta fokus på fatigue i sjuksköterskans dokumentation. Mätning av fatigue bör ingå vid återbesök på mottagningen eller på vårdcentralen så att patienterna kan få det stöd de behöver för att stärka och bibehålla sin egenvård. På så sätt kan patienternas hälsa främjas, sjukdom kan förebyggas, hälsa kan återställas och ett stort lidande kan med rätt kunskap lindras.

Litteraturstudien visade att det fortfarande finns lite kvalitativ forskning kring fatigue vid hjärtsvikt. Fler kvalitativa studier skulle kunna belysa upplevelsen av fatigue hos den enskilda patienten och även hur patienterna påverkas av de olika dimensionerna i fatigue. Ett annat intressant område är betydelsen av civilstånd för upplevelsen och bemästring av fatigue.

Referenslista

Alsén, P., & Brink, E. (2013). Fatigue after myocardial infarction – a two-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1647-1652. doi: 10.1111/jocn.12114

Britz, J. A., & Dunn, K. S. (2010). Self-care and quality of life among patients with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 480-487. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00538

Carlson, B., Riegel, B., & Moser, D. K. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung*, 30, 351-359.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). Evidensbaserad omvårdnad- studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad- ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola". Malmö högskola, Hälsa och samhälle, Evidensbaserad omvårdnad.

*Chen, L-H., Li C-Y., Shieh S-M., Yin W-H., & Chiou A-F. (2010). Predictors of fatigue in patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1588-1596. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03218.x

Dahlström, U., Håkansson, J., Swedberg, J., & Waldenström, A. (2009). Adequacy of diagnosis and treatment of chronic heart failure in primary health care in Sweden. *European Journal of Heart Failure*, 11, 92-98. doi: 10.1093/eurjhf/hfn006

Ekman, I., & Ehrenberg, A. (2002). Fatigue in chronic heart failure – does gender make a difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 77-82. doi: 10.1016/S1474-5151(01)00016-0

*Evangelista, L. S., Moser, D. K., Westlake, C., Pike, N., Ter-Galstanyan, A., & Dracup, K. (2008). Correlates of fatigue in patients with heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23, 12-17.

*Falk, K., Granger, B. B., Swedberg, K., & Ekman, I. (2007a). Breaking the vicious circle of fatigue in patients with chronic heart failure. *Qualitative Health Research*, 17, 1020-1027. doi: 10.1177/1049732307306914

Falk, H., Ekman, I., Andersson, R., Fu, M., & Granger, B. (2013). Older patients experiences of heart failure--An integrative literature review. *Journal of Nursing Scholarship*, 45, 247-255. doi: 10.1111/jnu.12025

*Falk, K., Patel, H., Swedberg, K., & Ekman, I. (2009). Fatigue in patients with chronic heart failure—a burden associated with emotional and symptom distress. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 91-96. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2008.07.002

*Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F., & Ekman, I. (2007b). Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of Coherence in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 99-104. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.05.004

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Herdman, H. T. (Red.). (2013). *Omvårdnadsdiagnoser. Definitioner och klassifikation 2012-2014*. Lund: Studentlitteratur.

*Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B. (2008a). The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 290-295. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.12.004

* Hägglund, L., Boman, K., Olofsson, M., & Brulin, C. (2007). Fatigue in health-related quality of life in elderly patients with and without heart failure in primary healthcare. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 208-215. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.09.004

*Hägglund, L., Boman, K., Stenlund, H., Lundman, B., & Brulin, C. (2008b). Factors related to fatigue among older patients with heart failure in primary health care. *International Journal of Older People Nursing*, 3, 96-103.

Jaarsma, T., Halfens, R., Huijjer Abu-Saad, H., Dracup, K., Gorgels, T., van Ree, J., & Stappers, J. (1999). Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *European Heart Journal*, 20, 673-682.

Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2000). Heart failure clinics in Europe. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15, 67-8. doi: 10.1111/j.0889-7204.2000.080395.x

*Jones, J., McDermott, C. M., Nowels, C. T., Matlock, D. D., & Bekelman, D. B. (2012). The experience of fatigue as a distressing symptom of heart failure. *Heart & Lung*, 41, 484-491. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.04.004

Jurgens, C. Y., Shurpin, K. M., & Gumersell, K. A. (2010). Challenges and strategies for heart failure symptom management in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36, 24-33.

Lindgren, S., Engström-Laurent, A., Karason, K., & Tiensuu Janson, E. (Red.). (2011). *Medicin* (s. 149-182). Lund: Studentlitteratur.

Läkemedelsverket. (2006). *Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt-bakgrundsdokumentation*. Hämtad 2014-02-15 från http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Bakgrund%20hj%C3%A4rtsvikt.pdf

Läkemedelsverket. (2006). *Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt-behandlingsrekommendationer*. Hämtad 2014-02-15 från http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/hjartsvikt_bokm%c3%a4rken.pdf

McAlister, F. A., Stewart, S., Ferrua, S., & McMurray, J. J. V. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. *Journal of the American College of Cardiology*, 44, 810-819. doi: 10.1016/j.jacc.2004.05.055

McDonagh, T. A., Blue, L., Clark, A. L., Dahlström, U., Ekman, I., Lainscak, M., ... Jaarsma, T. (2011). European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *European Journal of Heart Failure, 13*, 235-241. doi: 10.1093/eurjhf/hfq221

McMurray, J. J. V., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., ... Zeiher, A. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Journal of Heart Failure, 14*, 803-869. doi: 10.1093/eurjhf/hfs105

McMurray, J. J.V., & Pfeffer, M. A. (2005). Heart failure. *Lancet, 365*, 1877-89.

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*, 1216-1224.

Norberg, E-B., Boman, K., & Löfgren, B. (2008). Activities of daily living for older persons in primary health care with chronic heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Science, 22*, 203-210.

*Norberg, E-B., Boman, K., & Löfgren, B. (2010). Impact of fatigue on everyday life among older people with chronic heart failure. *Australian Occupational Therapy Journal, 57*, 34-41. doi: 10.1111/j.1440-1630.2009.00847.x

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. Sixth edition. St.Louis: Moseby, Inc.

Payne, C., Wiffen, P.J., & Martin, S. (2012). Interventions for fatigue and weightloss in adults with advanced progressive illness. *The Cochrane Library, 1*, 1-46. doi: 10.1002/14651858.CD008427.pub2

Pihl, E., Cider, Å., Strömberg, A., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2011). Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: effects on physical capacity and health-related quality of life. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 10*, 150-158. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.03.002

*Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2011). Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*, 3-11. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x

Plach, S. K., Heidrich, S. M., & Jeske, L. (2006). Fatigue representation in women with heart failure. *Research in Nursing & Health, 29*, 452-464. doi: 10.1002/nur.20156

Pozehl, B., Duncan, K., & Hertzog, M. (2008). The effects of exercise training on fatigue and dyspnea in heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 7*, 127-132. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.08.002

Riegel, B., & Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure selfcare. *Patient Education and Counseling, 46*, 287-295. doi: 10.1016/S0738-3991(01)00165-3

Ryan, M., & Farrelly, M. (2009). Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 223-231. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.02.005

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2014-03-11 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-03-11 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

*Stephen, S. A. (2008). Fatigue in older adults with stable heart failure. *Heart & Lung*, 37, 122-131. doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.03.006

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

Strömberg, A., Mårtensson, J., Fridlund, B., Levin, L-Å., Karlsson, J-E & Dahlström, U. (2003). Nurseled heart failure clinics improve survival and self-care behavior in patients with heart failure. *European Heart Journal*, 24, 1014-1023. doi: 10.1016/S0195-668X(03)00112-X

Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2014-03-11 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

*Tang, W-R., Yu, C-Y., & Yeh, S-J. (2010). Fatigue and its related factors in patients with chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 69-78. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02959.x

Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., Kwong, A. N. T., Thompson, D. R., & Woo, J. (2008). Living with chronic heart failure, a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 474-483. doi: 10.1111/1365-2648.2007.04553.x

*Artiklar som är med i resultatet

Tabell 1. Sökordsöversikt**Bilaga A**

Sökord	PubMed MeSH-term	Cinahl Cinahl Headings	PsycInfo Theasaurus
Hjärtsvikt	Heart Failure Heart Failure (fritext)	Heart Failure Heart Failure (fritext)	Heart Failure (fritext)
Trötthet	Fatigue Fatigue (fritext)	Fatigue Fatigue (fritext)	Fatigue Fatigue (fritext)
Upplevelser	Experience (fritext)	Experience (fritext)	Experience (fritext)
Livskvalitet	Quality of life Quality of life (fritext)	Quality of life Quality of life (fritext)	Quality of life Quality of life (fritext)
Omvårdnad	Nursing (fritext)	Nursing (fritext)	Nursing (fritext)

Tabell 2. Sökhistorik

Bilaga B

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal Träffar	Lästa Abstrakt	Urval 1	Urval 2
140310	Cinahl	“Heart Failure+” AND “Fatigue+”	Artiklar på engelska, abstract ska finnas, vuxna, 2009-2014, PeerReviewed	30	15	5	4
140310	Cinahl	Heart Failure AND Fatigue AND Experience (alla i fritext)	Se ovan	10	3	1	0
140310	Cinahl	Heart Failure AND Fatigue AND Quality of life (alla I fritext)	Se ovan	14	2	1	0
140310	Cinahl	“Heart Failure+” AND “Fatigue+”	Artiklar på engelska, abstract ska finnas, vuxna, 2007-2014, PeerReviewed	41	8	7	5
140310	Cinahl	Heart Failure AND Fatigue AND Experience (alla i fritext)	Se ovan	16	5	3	1
140311	PubMed	“Heart Failure” AND “Fatigue” AND Experience (fritext)	Artiklar på engelska, abstract ska finnas, 2007-2014	44	2	2	1
140311	PubMed	”Heart Failure” AND ”Fatigue” AND Nursing (fritext)	Se ovan	68	3	2	1
140311	PsycInfo	Heart Failure AND Fatigue (alla I fritext)	Artiklar på engelska, 2007-2014, PeerReviewed	54	1	1	0

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007a Sverige Cinahl	Falk, K., Granger, B.B., Swedberg, K & Ekman, I	Breaking the Vicious Circle of Fatigue in Patients With Chronic Heart Failure	Att ge en teoretisk förståelse av upplevelsen av fatigue och vilka konsekvenser det ger i det dagliga livet. Det andra syftet var att identifiera lindrande aspekter av fatigue hos patienter med kronisk hjärtsvikt	<u>Metod:</u> Grounded theory med kvalitativ innehållsanalys. Patientintervjuer på 45-90 minuter. Fokus låg på upplevelsen av fatigue, vilket beteende fatigue ledde till samt konsekvenserna av fatigue i det dagliga livet. <u>Urval:</u> 15 patienter deltog (8 män/7 kvinnor), medelålder 76 år, de hade olika grad av hjärtsvikt. Deltagarna valdes ut vid återbesök på sjukhus, de patienter som uppgav fatigue som symtom blev tillfrågade om deltagande i studien. <u>Bortfall:</u> Redovisades inte.	Fatigue kunde beskrivas som en cirkulär process mellan upplevelsorna och konsekvenserna av fatigue. Den kroppsliga upplevelsen beskrevs som brist på styrka, brist på energi och känsla av trötthet. De psykiska aspekterna inkluderade känslor av demoralisering och upplevelser av intellektuell brist. Fatigue ledde till uppoffring vilket patienterna beskrev som att avstå, att förvägra sig själv och bli isolerad. De stärkande aspekterna var att kunna klara sig själv, socialt interagerande och mentalt engagemang.	Grad I
2008a Sverige Cinahl	Hägglund, L., Boman, K. & Lundman, B	The Experience of Fatigue among Elderly Women with Chronic Heart Failure	Att belysa upplevelsen av fatigue bland äldre kvinnor med kronisk hjärtsvikt	<u>Metod:</u> Ett utforskande och beskrivande upplägg med kvalitativ innehållsanalys. Patientintervjuer på 60 minuter i deltagarnas hem. Fokus låg på hur det var att leva med kronisk hjärtsvikt och hur de upplevde fatigue. <u>Urval:</u> Deltagarna rekryterades från ett register med kroniska hjärtsviktpatienter. Inklusionskriterierna var kvinnligt kön, ålder 70 år eller äldre, att kunna prata svenska och ha en konstaterad kronisk hjärtsvikt. 19 patienter blev inbjudna att delta i studien. <u>Bortfall:</u> 9	Två huvudteman och fem underteman framkom. Att leva med energiförlust som baserades på tre underteman som beskrev upplevelsen av fatigue. Det andra huvudtemat: att sträva efter självständighet medan de är medveten om sitt försämrade hälsotillstånd, detta temat baserades på två underteman som beskrev hur kvinnorna hanterade sin livssituation.	Grad I

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2012 USA PubMed	Jones, J., McDermott, C.M., Nowels, C.T., Matlock, D.D & Bekelman, D.B	The Experience of fatigue as a distressing symptom of heart failure	Att belysa patienters upplevelse av fatigue som ett oroväckande symtom på hjärtsvikt	<u>Metod:</u> Patientintervjuer som varade mellan 60-90 minuter. <u>Urval:</u> Patienter till studien rekryterades från en kardiologisk klinik samt en geriatrisk klinik. Inklusionskriterierna var att de skulle ha en diagnostiserad hjärtsvikt med NYHA II-IV och vara minst 18 år. Patienter med en demensdiagnos exkluderades. 33 patienter rekryterades. <u>Bortfall:</u> 7	Fatigue begränsade patienterna både fysiskt och socialt. Patienterna blev ofta påmind om sin sjukdom och döden. Patienterna var tvungna att lära sig leva med sin sjukdom och att hitta nya sätt att leva på för att fungera i vardagen	Grad I
2011 Sverige Manuell sökning	Pihl, E., Fridlund, B & Mårtensson, J	Patients´experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis	Att beskriva hur hjärtsviktpatienter uppfattar sin fysiska begränsning i dagliga livet aktiviteter	<u>Metod:</u> Ett utforskande och kvalitativt upplägg med ett fenomenografiskt tillvägagångssätt. Patientintervjuer på 40 minuter utfördes. <u>Urval:</u> 15 patienter rekryterades till studien från en hjärtsviktsklinik i Sverige. Inklusionskriterierna var att patienterna skulle ha en diagnostiserad hjärtsvikt och ha förmåga att förstå samt tala svenska. <u>Bortfall:</u> Inget bortfall	Fyra huvudteman framkom: Behov av att hitta praktiska lösningar i det dagliga livet: fokuserade på hur livet ändrades och att andra vägar behövde hittas för att kunna utföra aktiviteter. Ha realistiska förväntningar på framtiden. Att inte tro på sin egen kapacitet: patienterna upplevde oönskad passivitet, rädsla för att överanstränga sig och osäkerhet för framtiden. Att förlora sin roll i det sociala livet.	Grad 1

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Taiwan Cinahl	Chen, L-H., Li C-Y., Shieh, S-M., Yin W- H & Chiou A-F	Predictors of fatigue in patients with heart failure	Att undersöka upplevd nivå av fatigue hos patienter med hjärtsvikt och att undersöka potentiella faktorer som påverkar fatigue	<u>Metod:</u> En korrelationsstudie gjordes. Patientintervjuer utfördes och den upplevda nivån av fatigue undersöktes med modified Piper Fatigue Scale. Faktorer som påverkar fatigue bestämdes med hjälp av en regressionsmodell <u>Urval:</u> 110 patienter rekryterades från primärvården eller kardiologi avdelningar. Inklusionskriterierna var 18 år eller äldre, förmåga att tala och läsa Mandarin, ha diagnostiserad hjärtsvikt, ingen kognitiv nedsättning och frånvaro av svåra sjukdomar som Parkinson´s sjukdom, cancer och stroke. <u>Bortfall:</u> 5	Patienter med högre grad av fatigue hade sämre fysisk funktion och värre symtomgivande- och psykisk påfrestning. Patienterna hade svårt att utföra fysiska aktiviteter som städning, laga mat, arbeta och umgås med vänner på grund av fatigue.	Grad I
2008 USA Cinahl	Evangelista, L.S., Moser, D.K., Westlake, C., Pike, N., Ter-Galstanyan, A & Dracup, K	Correlates of Fatigue in Patients With Heart Failure	Att undersöka förekomst av fatigue och dess demografiska, kliniska och psykologiska aspekter hos patienter med systolisk hjärtsvikt	<u>Metod:</u> Granskning av enkätsvar som innehöll Profile of Mood States-Fatigue (POMS-F), the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (LHFQ) och Beck Depression Inventory (BDI). <u>Urval:</u> 150 patienter rekryterades från en hjärtsviktsklinik. Inklusionskriterierna var 18 år eller äldre, kunna läsa, skriva och prata engelska, en dokumenterad ejektionsfraktion (EF) <40% och ha haft symtom på hjärtsvikt i 6 månader eller längre <u>Bortfall:</u> Redovisas inte.	Inga skillnader i fatigue mellan könen. Fatigue begränsade patienter fysiskt samt i deras egenvård. Fatigue gav minskad social kontakt. Fatigue ledde till sänkt livskvalitet. Copingmekanismer som energibesparande åtgärder beskrevs.	Grad I

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2009 Sverige Cinahl	Falk, K., Patel, K., Swedberg, K & Ekman, I	Fatigue in patients with chronic heart failure—A burden associated with emotional and symptom distress	Att undersöka samband mellan fatigue, ångest, depression och oro över sjukdomen, samt att utforska förhållanden mellan individuella symtom och de olika dimensionerna av fatigue.	<u>Metod:</u> Patientintervjuer utfördes på 30 minuter. Patienterna svarade på tre frågeformulär: the Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), the Hospital Depression and Anxiety (HAD) Scale och the Symptom Distress Scale (SDS). <u>Urval:</u> 128 hjärtsviktpatienter som sökt vård för försämring av sin hjärtsvikt de senaste 72 timmarna, ej vara kognitivt desorienterade, ej ha några kommunikationsbegränsningar (dövhet och afasi), 67 män, 45 kvinnor, medelålder 77 år. <u>Bortfall:</u> 16	Känslomässiga och förvärrade symtom var relaterade till högre nivåer av fatigue. Patienterna upplevde ökande känslor av kroppslig trötthet. Kvinnor upplevde större symtombörda av fatigue än män. Depression associerade med fatigue dimensioner som beskrev minskad fysisk förmåga, låg motivation, brist på energi fysiskt och mentalt.	Grad I
2007b Sverige Cinahl	Falk, K., Swedberg, K., Gaston- Johansson, F & Ekman, I	Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure	Att undersöka förekomst och svårighetsgrad av fatigue samt sambandet mellan osäkerhet och fatigue.	<u>Metod:</u> Patientintervjuer där tre frågeformulär användes: MFI-20, Cardiovascular Population Scale och Sence of Coherence Scale (SOC). <u>Urval:</u> Patienter med hjärtsvikt som vårdats för försämrad hjärtsvikt inom 12 veckor, förstå och prata svenska. 93 patienter inkluderades i studien. <u>Bortfall:</u> Redovisas ej	Äldre patienter har reducerad motivation. Sjukdomen gör sig ständigt påmind genom symtomen. Patienterna upplevde att de förlorade kontrollen över sitt liv, oroade sig för framtiden. Fatigue gav främst en fysisk begränsning.	Grad I

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Sverige Cinahl	Hägglund, I., Boman, K., Olofsson, M & Brulin, C	Fatigue and health-related quality of life in elderly patients with and without heart failure in primary healthcare	Att jämföra fatigue och hälsorelaterad livskvalitet efter anpassning för ålder, kön, social tillhörighet för patienter med konstaterad hjärtsvikt med en grupp patienter med symtom på hjärtsvikt men som inte har hjärtsvikt och med en ålders- och köns bestämd kontrollgrupp	<u>Metod:</u> Patienterna fick besvara tre frågeformulär: MFI-20, the 36-item short-form health survey (SF-36) och the Revised Social Provisions Scale (SPS). <u>Urval:</u> 65 patienter med hjärtsvikt, 89 patienter utan hjärtsvikt men med symtom på hjärtsvikt, 107 patienter i kontrollgruppen <u>Bortfall:</u> 16 i hjärtsviktsgruppen, 30 i utan hjärtsvikt men med symtom gruppen och 67 i kontrollgruppen	Hjärtsviktspatienterna hade en lägre livskvalitet avseende de fysiska funktionerna. Fysisk fatigue och reducerad aktivitet var mer vanligt hos hjärtsviktspatienterna än hos kontrollgruppen.	Grad I
2008b Sverige PubMed	Hägglund, L., Boman, K., Stenlund, H., Lundman, B & Brulin, C	Factors related to fatigue among patients with heart failure in primary healthcare	Att utforska relationen mellan fatigue och fysiska, psykiska, sociala och demografiska faktorer bland äldre patienter med hjärtsvikt med speciell hänsyn till kön	<u>Metod:</u> Patienterna svarade på ett frågeformulär som inkluderade: MFI-20, SF-36, Geriatric Depression Scale (GDS-15), Self-Transcendence Scale (STS), Resilience Scale (RS), SPS och demografiska variabler. <u>Urval:</u> 65 patienter inkluderades i studien. Inklusionskriterier var verifierad hjärtsvikt. <u>Bortfall:</u> 16	Patienternas upplevelser av fatigue var beroende på fysiska faktorer/funktioner. Fatigue påverkar patienternas dagliga liv aktivitet negativt.	Grad I

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Sverige Cinahl	Norberg, E-B., Boman, K & Löfgren, B	Impact of fatigue on everyday life among older people with chronic heart failure	Att utforska relationen mellan fatigue och utförandet av aktivitet i det dagliga livet, användning av hjälpmedel, hemhjälp och hemtjänst hos äldre klienter med hjärtsvikt	<u>Metod:</u> En deskriptiv tvärsnittsstudie utfördes med hjälp av tre skalor: MFI-20, Staircase of ADL och Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) och ett strukturerat frågeformulär. <u>Urval:</u> 63 hjärtsviktpatienter inkluderades. <u>Bortfall:</u> 23	Höga nivåer av generell fatigue, fysisk fatigue ledde till nedsatt aktivitet. Högre fatigue associerades med ökat beroende och minskad kvalitet på aktiviteter i det dagliga livet. Användning av hemtjänst och hjälpmedel var vanligt.	Grad 1
2008 USA Cinahl	Stephen, S.A	Fatigue in older adults with stable heart failure	Att beskriva fatigue och relationerna mellan intensiteten av fatigue, självs kattad funktionsstatus och livskvalitet hos äldre vuxna med stabil hjärtsvikt	<u>Metod:</u> En deskriptiv korrelationsstudie. Fatigue mättes med hjälp av olika skalor: Fatigue Visual Analogue Scale (VAS-F), POMS-F, Heart Failure Functional Status Inventory (HFFSI), LHFQ och Satisfaction with Life Scale (SWLS). <u>Urval:</u> 54 hjärtsviktpatienter över 65 år med EF <40%, kunna läsa och prata engelska. <u>Bortfall:</u> 1	Intensiteten av fatigue var associerad med lägre livskvalitet, upplevd hälsa och livsglädje. Giftna patienter upplevde högre grad av fatigue än ogiftna patienter.	Grad I

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Taiwan Cinahl	Tang, W-R., Yu, C-Y & Yeh, S-J	Fatigue and its related factors in patients with chronic heart failure	Att förstå fatigue hos patienter med kronisk hjärtsvikt och deras associerade faktorer	<u>Metod:</u> En korrelationsstudie gjordes. Fatigue mättes med två skalor: VAS-F och Tang Fatigue Rating Scale (TFRS). <u>Urval:</u> 109 patienter inkluderades. Inklusionskriterierna var patienter med kronisk hjärtsvikt, över 18 år, utan psykiatriska sjukdomar, inga neuromuskulära sjukdomar <u>Bortfall:</u> 2	Fatigue var signifikant högre hos kvinnor än män. Deltagare med allvarligare depression, lägre EF och värre NYHA erfor signifikant mer fatigue. Depression var vanligt och bidrog till ökad fatigue.	Grad I

Eva Warence

Jenny Buchebner



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se