



SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT LEVA MED HYPERTONI

En kvalitativ intervjustudie

Helena Lönn
Elin Malm

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning distriktssköterska/ Examensarbete i omvårdnad- primärvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Eva Lidén

Titel (svensk):	Att leva med hypertoni- En kvalitativ intervjustudie
Titel (engelsk):	Living with hypertension- A qualitative study
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning distriktssköterska/ Examensarbete i omvårdnad-primärvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Eva Lidén
Nyckelord:	hypertoni, patient, upplevelser, livskvalitet, distriktssköterska

Sammanfattning:

Bakgrund: Hypertoni är ett växande folkhälsoproblem både globalt och i Sverige. Det är ett kroniskt tillstånd som är en stor riskfaktor för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom. Hypertoni behandlas med hjälp av livsstilsförändringar och blodtryckssänkande läkemedel. Att få hypertoni kan ha en mer eller mindre stor påverkan på välbefinnandet. Distriktssköterskan som arbetar inom primärvården har ofta daglig kontakt med personer med hypertoni och har en viktig roll i behandlingen av denna patientgrupp. Det är viktigt att ta reda på patientens upplevelse av att leva med hypertoni för att kunna ge stöd och hjälp utifrån individens behov.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva personers upplevelser av att leva med hypertoni.

Metod: En kvalitativ ansats valdes. Sju patienter intervjuades med semistrukturerade intervjuer. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med fokus på det manifesta innehållet.

Resultat: Resultatet av studien redovisades utifrån tre kategorier som framkom vid analysen: Inverkan på välbefinnande, Behandlingens betydelse och Inverkan på livsstil. Resultatet visade att personer med hypertoni är välmående och för det mesta lever som vanligt trots det kroniska tillståndet. Många upplever oro, framförallt i samband med hypertoniens debut, tankar på framtiden och risken att drabbas av följsjukdomar. Resultatet visar även att personer med hypertoni upplever att de har en god livskvalitet och att diagnosen inte har påverkat den på något sätt. De flesta känner en trygghet i att medicinera och att ha en regelbunden kontakt med primärvården. En del av patienterna hade skapat helt nya vanor efter att ha fått diagnosen, andra levde som de gjort innan.

Slutsats: Resultatet visar att personer med hypertoni mestadels är välmående men också upplever oro kring sitt tillstånd. De upplever oförändrad livskvalitet och finner stöd i medicinering och behandling. En del patienter lever sitt liv som tidigare och andra har skapat nya levnadsvanor.

Nyckelord: hypertoni, patient, upplevelser, livskvalitet, distriktssköterska.

Abstract (engelska)

Background: Hypertension is a growing public health problem both globally and nationally. It is a chronic condition and a big risk factor for cardiovascular disease. The treatment consists of lifestyle changes and antihypertensive drugs. Being diagnosed with hypertension may have a more or less large impact on a person's well-being. District nurses working in primary care often have daily contact with patients with hypertension and have an important role in the treatment. It is important to have knowledge of the patient's experience of living with hypertension to be able to provide support and assistance based on individual needs.

Aim: The aim of the study was to describe people's experiences of living with hypertension.

Methods: A qualitative approach was chosen. Seven patients were interviewed with semi-structured interviews. The material was analyzed using content analysis, focusing on the manifest content.

Results: The results of the study are presented in three categories that emerged from the analysis: Influence on well-being, Importance of treatment and Impact on life-style. The results showed that people with hypertension are feeling well and mostly live normally despite the chronic condition. Many experience anxiety when diagnosed with hypertension and when they think about the future and the risk of complications. The results also show that people with hypertension feel they have a good quality of life and that the diagnosis does not affect that. Most feel a sense of security in medication and having a regular contact with primary care. Some of the patients have created new habits after diagnosis, others lived as they had done before.

Conclusion: The results show that people with hypertension are mostly feeling well but also experience anxiety about their condition. They experience an unchanged quality of life and find support in the medication and treatment. Some patients live their lives as before, and others create new habits.

Keywords: hypertension, patient, experience, quality of life, district nurse.

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till de distriktssköterskor som hjälpte oss att komma i kontakt med informanterna.

Vi är mycket tacksamma för de sju informanter som tog sig tid att ställa upp på intervju, den här studien hade inte kunnat genomföras utan er hjälp.

Vi vill även tacka vår handledare Helene Berglund för vägledning och stöd genom hela processen.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Förekomst	1
Hypertoni	1
Diagnos	2
Behandling	2
Distriktssköterskans roll	3
Teoretisk referensram	4
Hälsa	4
Livskvalitet	4
Tidigare forskning	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	11
Inverkan på välbefinnande	11
Acceptans	11
Oro/rädsla	12
Meningsfull tillvaro	13
Behandlingens betydelse	13
Trygghet i medicinering	13
Kritisk till medicinering	14
Stöd i vården	14
Inverkan på livsstil	14
Lever som vanligt	14
Nya vanor	15
Diskussion	15

Metoddiskussion	15
Förförståelse	15
Trovärdighet	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats	20
Förslag på områden för fortsatt forskning	21
Referenslista	22
Bilagor	
Bilaga 1 Informationsbrev till primärvårdschefer och verksamhetschefer	
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation	
Bilaga 3 Samtyckesformulär	
Bilaga 4 Intervjuguide	

Inledning

Hypertoni (högt blodtryck) räknas till en av folksjukdomarna i Sverige (1). Sambandet mellan hypertoni och hjärt-kärlsjukdom med sjuklig och dödlig utgång har påvisats i ett stort antal studier (2). Hypertoni är framförallt en riskfaktor för följsjukdomar som hjärtinfarkt och stroke. Dessa följsjukdomar kan innebära ett stort lidande för patienten och stora kostnader för samhället. Grunden i behandlingen av hypertoni är livsstilsförändringar, ibland i kombination med farmakologisk behandling, vilket minskar riskerna för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom (1). Hypertoni upptäcks och behandlas vanligtvis inom primärvården (2). Distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral möter denna patientgrupp dagligen och har en viktig roll i behandlingen av dessa patienter. Det är av stor vikt att uppmärksamma detta växande folkhälsoproblem (3), för att på bästa sätt kunna stödja och ge en god vård till dessa patienter och förhindra att de drabbas av följsjukdomar. Föreliggande studie kan förhoppningsvis bidra med kunskap om denna stora patientgrupps syn på tillståndet hypertoni och hur det påverkar livet.

Bakgrund

Förekomst

Hypertoni är ett stort folkhälsoproblem. Globalt sett har antalet individer med hypertoni stigit från 600 miljoner 1980 till 1 miljard år 2008. År 2008 beräknades ungefär 40 % av världens vuxna befolkning (över 25 år) ha diagnosen hypertoni (3). Enligt European guidelines on hypertension har 30-45 % av den europeiska befolkningen hypertoni (2). I Sverige har ca 1,8 miljoner av den vuxna befolkningen hypertoni, vilket motsvarar ca 27 %. Förekomsten är densamma för kvinnor och män (1). Hypertoni är ovanligt före 45 års ålder men förekomsten stiger med ökande ålder, och i pensionsåldern är mer än varannan kvinna eller man drabbad av hypertoni (1, 4).

Riskfaktorer för att utveckla hypertoni, förutom stigande ålder och ärftlighet, är framförallt livsstilsfaktorer så som ohälsosam kost med för högt intag av salt och fet mat, rökning, fysisk inaktivitet, stress och överkonsumtion av alkohol. Dessa riskfaktorer påverkas starkt av människors arbets- och levnadsvillkor (3).

Hypertoni

Varje gång hjärtat slår pumpas blod ut i blodkärl i hela kroppen. Blodtrycket skapas av kraften av blodet som trycker mot kärlväggarna. Hypertoni är ett tillstånd där blodkärlen har ett ständigt högt tryck. Ju högre trycket är i blodkärlen desto hårdare måste hjärtat arbeta för att pumpa ut blodet (3). Hypertoni bidrar till ateroskleros, det vill säga åderförkalkning och till tryck- och hormonrelaterad påverkan på hjärt-kärlsystemet. Om hypertoni lämnas obehandlad kan det leda till hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke, njursvikt, blindhet, bristning av blodkärl och kognitiv nedsättning (5).

Hypertoni är ingen sjukdom i sig utan ett tillstånd som ökar risken för att utveckla hjärt- och kärlsjukdomar. Framför allt är det en viktig riskfaktor när det gäller stroke och hjärtinfarkt. Hur stor risken är att drabbas av hjärt- kärlsjukdom vid hypertoni är beroende av om det finns ytterligare riskfaktorer så som diabetes, höga blodfetter, rökning eller övervikt (6).

Den vanligaste dödsorsaken i Sverige är hjärt-kärlsjukdomar, och av dessa är hjärtinfarkt och stroke de vanligaste. Hjärt-kärlsjukdomar kan leda till dödsfall, funktionsnedsättningar, livslångt behov av medicinsk behandling och omvårdnad. Risken att dö i hjärt-kärlsjukdom fördubblas vid en systolisk blodtrycksökning på 20 mm Hg, över nivån 115/75, och är oberoende av andra riskfaktorer (1). Om alla patienter med hypertoni i Sverige fick ett normalt blodtryck skulle man kunna förebygga att omkring 6000 personer drabbas av stroke årligen (4).

Diagnos

Blodtryck mäts i millimeter kvicksilver (mm Hg) och man mäter ett över- och ett undertryck. Övertrycket, även kallat det systoliska blodtrycket, är trycket mot blodkärnen som utövas när hjärtat kontraheras. Undertrycket, även kallat det diastoliska blodtrycket, är trycket som utövas mot kärnen i hjärtats vilofas, alltså när hjärtmuskeln slappnar av (3). Hypertoni definieras enligt European guidelines on hypertension som ett systoliskt blodtryck över 140 mm Hg och/eller diastoliskt blodtryck över 90 mm Hg (2). Då hypertoni oftast inte ger några symptom kan många ha hypertoni utan att veta om det (4). Huvudvärk, andfåddhet, yrsel, bröstsmärta och hjärtklappning kan vara symptom vid hypertoni (3), men i regel kan inte hypertoni påvisas med subjektiva symptom som grund. Metoden för att sätta diagnosen hypertoni är att mäta blodtrycket flera gånger under standardiserade former, det vill säga, efter femton minuters vila i sittande eller liggande ställning och med 4-6 veckors intervall. Åtminstone 2-3 kontrollmätningar bör göras. Diagnosen hypertoni ställs därefter utifrån genomsnittet av de två senaste mätningarna.

Hypertoni delas in i tre kategorier efter dess allvarlighetsgrad:

Mild blodtrycksförhöjning 140-159/90-99 mm Hg

Måttlig blodtrycksförhöjning 160-179/100-109 mm Hg

Kraftig blodtrycksförhöjning $\geq 180/\geq 110$ mm Hg

Hos majoriteten kan man inte hitta någon specifik orsak till det höga blodtrycket. Detta kallas då primär eller essentiell hypertoni. När orsaken till det höga blodtrycket är känd kallas det för sekundär hypertoni. Om den bakomliggande orsaken kan behandlas kan dessa patienter återfå ett normalt blodtryck (6).

Behandling

Målet med behandlingen av hypertoni är att uppnå ett blodtryck under 140/90 mm Hg. För personer med diabetes och/eller njursjukdom skall målet vara ett blodtryck lägre än 130/80

mm Hg (1). För att minska risken för hjärt-kärlsjukdom behandlas hypertoni på två sätt, dels genom livsstilsförändringar och dels genom farmakologisk behandling. För de flesta utgör livsstilsförändringar den viktigaste delen av behandlingen. Vid mild hypertoni utan hög total risk för hjärt-kärlsjukdom bör livsstilsförändringar genomföras under 3-6 månader innan eventuell behandling med läkemedel påbörjas. De livsstilsråd som har bäst dokumenterad effekt på hypertoni är viktreduktion samt minskat salt- och alkoholintag. Rökstopp, ökad fysisk aktivitet och stresshantering är också viktiga delar av behandlingen (6).

Livsstilsförändringar kan minska behovet av läkemedelsbehandling (1). Farmakologisk behandling är framförallt viktig att sätta in vid mycket högt blodtryck och vid andra samtidiga riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdom (6). Läkemedelsbehandling mot hypertoni minskar risken att drabbas av stroke, hjärtinfarkt och för tidig död (1).

Om hypertoni upptäcks tidigt kan man minimera riskerna för hjärt- kärlsjukdom. Tidig upptäckt, behandling och egenvård har betydande fördelar. Egenvård, till exempel i form av blodtrycksmätning i hemmet, ger individen bättre kontroll över sitt tillstånd, vilket kan öka följsamhet till medicinering och hälsosamma beteenden (3).

Distriktssköterskans roll

Enligt Högskoleförordningen 1993:100 (7) skall den blivande distriktssköterskan uppvisa förmåga att självständig bedöma, planera, genomföra och utvärdera åtgärder som behövs för att främja fysisk, psykisk och social hälsa hos patienter och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer (7).

Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor (8) beskriver att distriktssköterskans arbete skall präglas av ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt. Grunden för arbetet är vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet skall utföras i enlighet med författningar och riktlinjer. Distriktssköterskan skall ha fördjupade kunskaper och vara trygg med att bedriva ett hälsofrämjande arbete (8). Distriktssköterskans arbete omfattas även av ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod (9) med dess fyra ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Dessa innefattar bland annat att distriktssköterskan ska ha fördjupade kunskaper om de vanligaste kroniska sjukdomarna vad gäller uppkomst, fysiologi, patofysiologi och behandling. Hen ska dessutom arbeta för att minska förekomsten av de vanligaste sjukdomarna och lindra lidandet de kan orsaka. Ytterligare ska distriktssköterskan ha fördjupade kunskaper inom kommunikation och samtalsmetodik för att på så vis kunna handleda och stödja individen (9).

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård (10) är prevention en mycket viktig del i att förebygga hjärt-kärlsjukdom. Dessa riktlinjer anger att personer med hypertoni ska ges råd och stöd till sundare levnadsvanor och, beroende på grad av hypertoni, behandlas med blodtryckssänkande läkemedel (10). Inom primärvården har distriktssköterskan en viktig del i arbetet med att förebygga hjärt-kärlsjukdom. Preventionsarbete av distriktssköterskor inom primärvården minskar signifikant riskfaktorer och förbättrar följsamheten till den medicinska

behandlingen. För att patienten ska ha bra förutsättningar att lyckas med livsstilsförändringar krävs en god kontakt med sjukvården och distriktssköterskan (11).

Teoretisk referensram

Hälsa

Hälsa är ett mångdimensionellt begrepp vilket har olika innebörder för olika människor, i olika situationer. Hälsa kan beskrivas som ett tillstånd som rör hela människans aktuella och totala livssituation. Begreppet kan beskrivas som en känsla av inre balans och jämvikt i relation till medmänniskor och livet. Hälsa är inte konstant och måste ses som en integrerad del i en människas liv. En individs upplevelse av hälsa kan till exempel påverkas negativt om en person drabbas av ett kroniskt tillstånd. Omvårdnadsforskningen visar att när människor beskriver sin hälsa så är det inte bara den biologiska funktionen som avses. Människor med svåra sjukdomar kan uppleva sig ha hälsa trots att kroppens biologiska system fungerar dåligt. Inom forskningen beskrivs kopplingen mellan upplevelse av hälsa, generellt välbefinnande samt förmågan att kunna utföra vissa aktiviteter. När begreppet hälsa benämns bör bland annat den biologiska grunden och existentiella frågor tas med i beaktning (12).

Livskvalitet

World health organization (WHO) definierar livskvalitet som individers uppfattning om sin situation i tillvaron med avseende på den kultur och värdesammanhang individen befinner sig i, och i förhållande till mål, förväntningar, normer och oro. Det är ett brett begrepp som påverkas på ett komplext sätt av personens fysiska hälsa, psykiska tillstånd, grad av självständighet, sociala relationer och personliga övertygelser (13).

Det råder konsensus kring att livskvalitet är ett begrepp med många dimensioner. Enligt Cella och Post (14,15) har man inte kunnat enas kring vilka de specifika dimensionerna är, men de flesta kan grupperas in under fysiskt, funktionellt, emotionellt och socialt välmående. Även om dessa dimensioner är generellt accepterade av experter så är lite känt om den relativa betydelsen av var och en av dimensionerna för livskvaliteten. Livskvalitet kan ses som ett subjektivt begrepp, vilket innebär att det endast kan förstås ur individens perspektiv. Precis som smärta har subjektiva komponenter kan livskvalitet endast bedömas genom att individen tillfrågas direkt. Om inte individens perspektiv tas med negligeras underliggande kognitiva processer som uppfattning om sjukdom, upplevelse av behandling, förväntningar och värderingar av risk och skada. När patienter tillfrågas hur de mår påverkas svaret av deras aktuella förväntningar kring funktionsnivå och deras uppfattning om behandlingsmiljö. Patienter som har möjlighet att anpassa sina förväntningar kan bättre anpassa sig till sin sjukdom och behandling. Individer kan ha olika upplevelser av att leva med samma tillstånd. Det kan vara olika upplevelser av liknande symptom, exempelvis beroende på om symptomet ger en känslomässig reaktion (14).

Livskvalitet kan även ses som ett objektiva begrepp. Objektiva instrument baseras på att alla individer prioriterar samma områden och mål. Dessa instrument kan missa många viktiga aspekter av individens liv. Det finns ett överflöd av instrument utvecklade för att mäta patienters livskvalitet kvantitativt. Mycket få modeller för att bedöma livskvalitet har testats inom empirisk forskning. Inom omvårdnadsforskning mäts ofta hälsorelaterad livskvalitet. Hälsorelaterad livskvalitet är den funktionella effekten av ett medicinskt tillstånd och/eller de konsekvenser behandlingen har för personen. Även hälsorelaterad livskvalitet är multidimensionell och innefattar fysisk funktion, sysselsättningsförmåga, psykiskt välmående, social interaktion och somatisk känsla. Många forskare och kliniker behandlar livskvalitet, uppfattad hälsa, hälsostatus och hälsorelaterad livskvalitet som synonymer (15). Få studier har gjorts där patienter får bedöma sin livskvalitet utifrån vad de själva tycker är viktigt och lägger in i begreppet. Författarna till föreliggande studie har valt att se livskvalitet som ett subjektivt begrepp där det är individen själv som får bedöma vad livskvalitet innebär utifrån de dimensioner som individen själv värdesätter.

Tidigare forskning

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av kronisk sjukdom eller kroniska tillstånd. Det som brukar avses är sådana sjukdomar eller tillstånd som en person har under hela sin livstid eller under mycket lång tid. De vanligaste förekommande kroniska tillstånden är bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, cancersjukdomar, lungsjukdomar och psykiska sjukdomar (16).

Joachim och Acorn (17) beskriver att ett kroniskt tillstånd kan definieras som ett långvarigt tillstånd med begränsad chans till återhämtning. Tillståndet kan vara både synligt och osynligt. Vissa kroniska tillstånd är synliga, som att vara förlamad, medan andra kan vara osynliga, som till exempel SLE. Synlighet och osynlighet spelar också en stor roll när det gäller stigmatisering av det kroniska tillståndet. Synlighet kan skapa negativa sociala reaktioner. Om det är osynligt är det lättare att dölja men kan också vara svårt att förhålla sig till och prata om med andra. En annan dimension är hur sjukdomsförloppet ser ut och hur och om tillståndet förändras över tid. Dessutom påverkas stigmatiseringen av om tillståndet ger några synliga fysiska förändringar och om det är medfött eller förvärvat (17).

Många personer med ett kroniskt tillstånd förlorar tidigare förmågor allt eftersom sjukdomen fortskrider och upplever minskad kontroll över sina liv och sin framtid, vilket leder till minskat självförtroende och minskad självidentitet. Det kan leda till att man lever ett mer begränsat liv och upplever minskad frihet och minskade valmöjligheter (18).

Att få ett kroniskt tillstånd beskrivs som att individen får insikten om att framtiden kommer att påverkas på grund av denna händelse. Det kan vara en stor händelse som ändrar individens självuppfattning och självbild. Dessutom kan individer uppleva starka känslomässiga funderingar som rör kronicitet och acceptans av en ny livsstil som kan vara radikalt annorlunda från den nuvarande. Att leva med en långvarig sjukdom tvingar ofta individen att

anpassa sig till begränsningar. På grund av den oförutsägbara karaktären av kroniska tillstånd, är det en ständigt pågående anpassningsprocess för individen (19).

Vissa kroniska tillstånd lockar till kvalitativ forskning mer än andra. Bröstcancer och diabetes hör till de mest beforskade kroniska tillstånden. Hypertoni är ett väl beforskat ämne, däremot är det ett ovanligt fokus för kvalitativ forskning (20). Det finns en uppsjö av forskning kring till exempel följsamhet till medicinering, egenvård och livsstilsförändringar. Trots detta är patienternas upplevelser av att leva med tillståndet beskrivet i mycket liten utsträckning i den vetenskapliga litteraturen. Nedan presenteras resultatet från framsökta kvalitativa intervjustudier.

När man lever med ett kroniskt tillstånd är den största oron inte sjukdomen i sig, utan graden av nedsatta kroppsliga funktioner. Hypertoni ses ofta som en asymtomatisk sjukdom men det är tydligt att dessa patienter upplever symptom och har en oro för hur tillståndet kommer utvecklas precis som vid andra kroniska tillstånd (21). Många patienter har uppfattningen att deras hypertoni aldrig kommer att botas (22).

Att få diagnosen hypertoni kan innebära oro för framtiden. Det finns en stor rädsla för konsekvenserna av hypertoni och patienter tenderar att överskatta risken att drabbas av stroke och hjärtinfarkt (21-23). Patienter med hjärt- kärlsjukdom i släkten som blir diagnostiserade med hypertoni beskriver att de oroar sig för att de ska gå samma öde till mötes som till exempel sina föräldrar. Det kan påverka dem att göra livsstilsförändringar så som att motionera mer, undvika stress, gå ner i arbetstid och att vara noga med att ta sina mediciner (21). Att leva med hypertoni behöver dock inte betyda att man uppfattar sig själv som sjuk. Många patienter upplever sig som friska eftersom de kan leva sina liv som tidigare och utföra dagliga sysslor som vanligt (21, 24). Patienter som har levt med hypertoni under lång tid utan att det resulterat i följder för hälsan har lärt sig att leva med sitt tillstånd (24).

Patienter med hypertoni upplever ett behov av kontinuerlig behandling. Att gå på regelbundna blodtryckskontroller och ta blodtryckssänkande läkemedel ses som viktiga metoder för att ha kontroll på blodtrycket (21, 23, 24). En del patienter upplever att livsstilsförändringar som ökad fysisk aktivitet och rökstopp är ett bra komplement till den farmakologiska behandlingen för att sänka blodtrycket. Andra upplever att den medicinska behandlingen är det primära och gör inga försök att ändra sin nuvarande livsstil (23). Patienter kan också känna en osäkerhet kring den medicinska behandlingen vilket leder till att mediciner inte tas enligt ordination. En stor del av patienterna vet inte hur deras medicinering fungerar och många bryr sig heller inte om detta (22).

Patienter har olika upplevelser av symptom till följd av hypertoni, till exempel huvudvärk, yrsel, trötthet och andfåddhet tolkas som tecken på högt blodtryck. Samtidigt kan många patienter ha en tveksam inställning till farmakologisk behandling av hypertoni just på grund av att det ofta inte ger några symptom. Det kan göra det svårt att motiveras till att följa medicineringen. Några patienter beskriver till exempel att de inte tar några mediciner när de

är symptomfria utan endast vid symptom, så som vid huvudvärk (21, 23). De beskriver också att de använder fysiska symptom för att värdera effekten av medicinerna de äter (21).

Tidigare kvantitativ forskning kring hypertoni och livskvalitet visar att hypertoni har en negativ påverkan på patienters upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet (25-27). Patienter med hypertoni och diabetes skattar ungefär samma begränsade hälsorelaterade livskvalitet (26). Majoriteten av patienterna skattar lägre livskvalitet vad gäller egenvård, dagliga aktiviteter, smärta/obehag och ångest/depression. Sämre ekonomiska förutsättningar, sämre kontroll på blodtrycket, sämre subjektiv hälsa, psykisk ohälsa och ohälsosam diet är förknippade med sämre livskvalitet hos patienter med hypertoni (25, 26). I flera studier har patienter med hypertoni skattat sin livskvalitet lägre än patienter med normalt blodtryck gällande generell hälsa, kroppslig smärta, fysisk funktion, vitalitet och psykisk hälsa (27).

Problemformulering

Hypertoni är ett stort folkhälsoproblem både i Sverige och globalt. Inom primärvården är det en stor patientgrupp som distriktssköterskan möter dagligen. Tidigare forskning visar att diagnosen hypertoni kan leda till en mer eller mindre stor förändring i livet för individen och har negativ påverkan på livskvaliteten. Kvalitativ forskning från patienternas synvinkel är ovanlig, vilket motiverar att undersöka patienters upplevelser av att leva med tillståndet hypertoni. Distriktssköterskor har stor möjlighet att hjälpa och stödja dessa patienter, och en ökad förståelse för patienters upplevelser kan bidra till en bättre vård för denna patientgrupp.

Syfte

Syftet var att beskriva personers upplevelser av att leva med hypertoni.

Metod

Studiens syfte var att beskriva individens upplevelser av att leva med hypertoni och därför valdes en kvalitativ ansats. Kvalitativ ansats härstammar från ett holistiskt perspektiv och kan användas för att förstå människors levda erfarenheter inom ett specifikt område och belysa ett fenomen. Syftet med de flesta kvalitativa metoder är att ge en förståelse för människans erfarenhet i ett sammanhang genom intensivt studerande av få fall (28).

Urval

Tre primärvårdschefer ansvariga för tre olika områden i Göteborg kontaktades via mail med information om studien (Bilaga 1) och förfrågan om godkännande. Två godkände genomförandet av studien och svar uteblev från en. Därefter tillfrågades verksamhetschefer vid totalt tio vårdcentraler i olika stadsdelar i Göteborg om deltagande. Vårdcentralerna som valdes ut låg i stadsdelar med olika socioekonomiska förhållanden, detta för att försöka få en spridning i urvalet. Svar uteblev från sex vårdcentraler, två vårdcentraler tackade nej till att medverka, och två vårdcentraler godkände genomförandet av studien. Distriktssköterskor på

vårdcentralerna kontaktades via mail eller telefon för att få mer information om studien och för att kunna planera praktiska detaljer. Den ena vårdcentralen godkände medverkan väldigt sent i processen och därför kunde endast en informant rekryteras därifrån. Informanten tackade sedan nej till att delta. Därför rekryterades fem av informanterna från en och samma vårdcentral. Då det tog lång tid att få svar från verksamhetscheferna och dessutom var svårt att komma i kontakt med distriktssköterskor som kunde tillfråga patienter om deltagande lades en förfrågan om deltagande ut på sociala medier. En förkortad version av forskningspersonsinformation lades ut på Facebook via författarnas personliga konton. Två personer tog kontakt och var intresserade av att medverka i studien. På så vis inkluderades ytterligare två informanter.

Inklusionskriterier för att delta i studien var patienter över 18 år, diagnostiserade med essentiell hypertoni och svensktalande. Exklusionskriterier var patienter med andra kroniska tillstånd eller kognitiv nedsättning. Totalt sju informanter uppfyllde kriterierna och tackade ja till att delta. Deltagarna var mellan 52-70 år. Tre var män och fyra var kvinnor. De hade haft diagnosen essentiell hypertoni från 2 månader till 20 år. Två var yrkesarbetande och fem var pensionärer.

Datainsamling

Fem av informanterna tillfrågades om deltagande i studien av distriktssköterskan i samband med besök på hypertoni-mottagning på vårdcentralen. Intervjuerna genomfördes på vårdcentralen i direkt anslutning till besöket i ett avskilt rum. Två av intervjuerna genomfördes med videosamtal då dessa informanter var bosatta på annan ort. Alla informanter fick muntlig och skriftlig information om studien och gav sedan muntligt och skriftligt samtycke (Bilaga 2 och 3). Intervjuerna genomfördes under september och oktober 2016. Intervjuerna var mellan 4 – 18 minuter långa. Genomsnittlig intervjulängd var cirka 10 minuter.

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer används när forskaren vill täcka in flera områden och ge informanten möjlighet att berätta fritt med sina egna ord. Intervjuaren lyssnar aktivt och är uppmärksam på det informanten berättar och anpassar frågeordningen efter detta (28). En intervjuguide användes vid intervjuerna (Bilaga 4). Intervjuguiden bestod av bakgrundsfrågor för att beskriva urvalsgruppen avseende ålder, kön, sysselsättning och antal år med diagnosen hypertoni. Vidare bestod intervjuguiden av öppna frågor som berörde patientens upplevelser av att leva med hypertoni och påverkan på livskvaliteten. Syftet med öppna frågor är att ge informanten möjlighet att ge rika beskrivningar av fenomenet som studeras (28). Följdfrågor ställdes för att få mer detaljerad information. Exempel på följdfrågor var: hur upplevde du det? Hur kändes det? Vad tänkte du? I slutet av intervjun ställdes en avslutande fråga som gav informanten möjlighet att lägga till sådant som inte berörts under intervjun. Intervjuerna spelades in med diktafon för att förhindra att data skulle gå förlorad. Det insamlade materialet transkriberades ordagrant.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys valdes som analysmetod. Kvalitativ innehållsanalys kan användas vid analys av människors berättelser av ett fenomen eller en upplevelse, till exempel att leva med en kronisk sjukdom. Kvalitativ innehållsanalys har som fokus att identifiera skillnader och likheter i en text. Både det manifesta och latent innehåll i en text kan identifieras. Det manifesta innehållet innefattar textens uppenbara innehåll vilka beskrivs i form av kategorier. Det latent innehåll är det underliggande budskapet i texten vilka beskrivs i form av teman. I föreliggande studie valdes en manifest analys av materialet. Inom kvalitativ innehållsanalys bryts materialet ned till mindre enheter. Dessa enheter kodas och benämns enligt det innehåll de representerar. Det kodade materialet grupperas baserat på gemensamt innehåll. Enheterna benämns som kategorier och/eller teman. En kvalitativ induktiv ansats valdes vilket innebär en förutsättningslös analys av texten (28, 29).

Insamlad data lästes igenom flera gånger för att få en helhetsbild av materialet. Därefter identifierades meningsbärande enheter som svarade till studiens syfte. En meningsbärande enhet kan vara ett ord, en mening eller ett stycke som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. Dessa kondenserades sedan för att få en mer lätthanterlig text men utan att förlora innebörden. De kondenserade enheterna tilldelades koder vilka beskrev innehållet. Koderna placerades därefter in i underkategorier som sedan utmynnade i tre kategorier (29).

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
”Ja, jag har fått ett helt annat..jag har fått ett aktivt liv och att jag tänker på vad jag stoppar i mig. ”	Fått ett helt annat, aktivt liv. Tänker på vad jag stoppar i mig.	Livsstilsförändringar har lett till ett nytt liv.	Nya vanor	Inverkan på livsstil
”Jag tycker det att så länge man följer medicineringen och man sköter sig om man säger, så fungerar det jättebra.”	Så länge man följer medicineringen och sköter sig själv så fungerar det jättebra.	Välmående med medicin.	Trygghet i medicinering	Behandlingens betydelse

Fortsättning Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
”Jag kände såhär hmm, ja det kanske är någon förträngning någonstans som gör att det..som gör att blodtrycket blir högre. Eller så kan det vara jobbet, men jag tycker inte att det är så himla stressigt ändå.”	Jag tänkte att det kunde vara någon förträngning som gör att blodtrycket blir högre. Eller så kan det vara jobbet men jag tycker inte att det är så stressigt.	Tankar om bakomliggande orsaker till hypertoni	Oro/rädsla	Inverkan på välbefinnande

Forskningsetiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådets (30) forskningsetiska principer ställs fyra allmänna huvudkrav för att skydda individen. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet tillgodosågs genom att informationsbrev om studiens syfte gick ut till verksamhetschefer som gav sitt godkännande. Alla informanter fick muntlig och skriftlig information om studien av författarna innan samtycke till deltagande gavs. Samtyckeskravet tillgodosågs genom att informanterna fick information om att deltagandet i studien var helt frivilligt, och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att ange orsak till detta. Informanterna gav skriftligt samtycke till medverkan i studien genom att skriva under samtyckesblanketten. Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet uppfylldes genom att det inspelade materialet och uppgifter om deltagarna endast hanterades av ansvariga för studien och kommer att förstöras när studien slutförts. Alla deltagare var anonyma och kan inte identifieras i slutresultatet (30).

Ett ytterligare sätt för forskaren att skydda studiedeltagarna är att genomföra en risk-nytta-analys. Detta för att avgöra om nyttan med studien överväger riskerna. Eventuella risker som identifierades var att informanterna kunde känna sig tvingade att delta i studien då de blev tillfrågade av sin egen distriktssköterska eller sjuksköterska, som de har en relation till. De är i beroendeställning och kan känna sig skyldiga att delta på grund av detta. Ytterligare potentiella risker kan vara att informanterna kunde uppleva känslomässigt obehag av att intervjuas av en främmande person och irritation eller obehag kunde framkallas av någon fråga som ställdes (28). Dessa risker bedömdes inte som stora då informanterna fick tydlig

information om att deltagande var helt frivilligt med möjlighet att avbryta när helst de ville. Frågorna i intervjuguiden bedömdes inte heller vara av känslig karaktär.

Nyttan med att medverka i studien kan vara att en intervju kan leda till positiva känslor hos informanten. Det kan kännas positivt att få berätta om sin situation, sina upplevelser och erfarenheter för en utomstående som är intresserad och lyssnande. Även vetskapen om att man bidrar med kunskap som kan hjälpa andra i liknande situation kan vara positiv (28). Utifrån ovanstående ansågs nyttan överstiga riskerna.

Resultat

Analysprocessen resulterade i tre kategorier med åtta underkategorier (Tabell 2). Kategorierna var: *Inverkan på välbefinnande*, *Behandlingens betydelse* och *Inverkan på livsstil*. Resultatet presenteras i form av dessa kategorier samt underkategorier och stärks med citat från intervjuerna. I resultatet benämns intervjupersonerna som informanter/patienter. Citat redovisas med citationstecken och kursiv stil och intervjupersonerna är kodade med nummer 1-7 inom parentes.

Tabell 2 Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Inverkan på välbefinnande	Acceptans Oro/rädsla Meningsfull tillvaro
Behandlingens betydelse	Trygghet i medicinering Kritisk till medicinering Stöd i vården
Inverkan på livsstil	Lever som vanligt Nya vanor

Inverkan på välbefinnande

Informanterna uppgav att de mådde bra överlag och att det inte var några större problem att leva med hypertoni. Dock upplevde de flesta någon form av oro kopplad till hypertoni. Kategorin omfattar underkategorierna Acceptans, Oro/rädsla och Meningsfull tillvaro.

Acceptans

Informanterna kände en acceptans kring sin diagnos. De som levt med diagnosen länge hade lärt sig att leva med det och kände ingen större oro kring sitt tillstånd. Flera informanter upplevde att det inte påverkade dem särskilt att få diagnosen. Bland annat på grund av vetskap

om att hypertoni är något många får med stigande ålder. I jämförelse med andra sjukdomar så sågs det inte som en stor sak.

“... det är jag inte så orolig för, det har jag levt med så länge.” (1)

“Nej, det var ju bara att acceptera. Jag tyckte inte att det var någonting egentligen mot vad min man fick genomgå så att det bara flöt på.” (3)

Många informanter påpekade också hur vanligt tillståndet är. Flera hade hereditet för hypertoni och det fanns ofta en acceptans hos de informanter som hade en eller flera släktingar med diagnosen.

“Det är säkert det att det är många som har det så man tänker inte på att det innebär något mer egentligen.” (4)

“Mina föräldrar hade det också... det är ju ofta ärftligt, och min syster har det. Så det var ju naturligt på det viset. Inget speciellt att man känner sig utpekad.” (6)

Oro/rädsla

Många informanter blev oroliga när de först fick veta att de hade diagnosen hypertoni och funderade på vad det kunde innebära i framtiden. Patienterna var alla medvetna om att tillståndet kan leda till följsjukdomar som hjärt-kärlsjukdom. Några menade att framtiden var oviss oberoende av det höga blodtrycket och tyckte inte att det påverkade hur de kände inför framtiden.

“Orolig ja, för framtiden. Och tänkte man ja är allting, är det skadat? Det kändes som det redan var söndersprängt... Ja det kändes som man, ja ska man dö, och ångest...” (6)

“Det klart det blev lite omtumlande, omvälvande för man, då visste jag ju egentligen ingenting om vad det innebär, eller liksom jag trodde ju nästan jag stod med ena benet i graven eller någonting sånt.” (4)

De informanter som upplevde att det inte fanns en tydlig förklaring till deras hypertoni hade funderingar kring varför det drabbat dem. Detta på grund av att de inte hade någon ärftlighet för hypertoni och hade uppfattningen om att de levde ett hälsosamt liv.

”Ja man undrar ju varför. För man tog ju vikt och längd och triglycerider och allt allt allt. Det var ju normalt allting. Så jag undrar ju varför jag har högt blodtryck och det kan ju vara... lite jobbigt.” (7)

Trots att informanterna inte upplevde att deras hypertoni påverkade deras dagliga liv kunde upplevda symptom på högt blodtryck ibland framkalla oro i vardagen. I samband med fysisk aktivitet kunde man känna sig begränsad och känna oro för att blodtrycket skulle gå upp för mycket. I stressiga situationer kunde det också kännas som att blodtrycket gick upp.

“Det känns som..ja blodet går upp i hjärnan och det slår liksom, kanske inte lock för öronen men lite grann åt det hållet. Så vill man gå ner i varv.” (6)

Att ha någon eller flera i släkten som drabbats av hjärt-kärlsjukdom kunde också skapa oro.

“Jag hoppas jag slipper alla de här komplikationerna och följsjukdomarna då, eftersom jag har mycket i släkten då. Både diabetes och infarkter..”(2)

Meningsfull tillvaro

Informanterna tyckte inte att hypertoni hade påverkat deras livskvalitet på något sätt. De tyckte att de hade en bra livskvalitet både innan och efter beskedet om att de hade hypertoni. De uppgav att det som fick dem att må bra var att de kunde leva som vanligt och att umgås med vänner och familj. Några var nyblivna pensionärer och tyckte det var skönt att nu kunna bestämma över sin egen tid.

“Jag tror inte den (livskvaliteten) har förändrats på något sätt..ja jag har ju så mycket runt omkring mig som är positivt, barnbarn och mina egna ungar..”(1)

En informant uppgav att livskvaliteten blivit mycket bättre då upptäckten av det höga blodtrycket givit upphov till livsstilsförändringar med ett mer aktivt liv och kraftig viktneidgång.

“..det vart ju mycket bättre. Även om blodtrycket kanske inte påverkade mitt mående så. Jag mår bättre, jag är ute och rör på mig. Ja..hela jag är piggare.” (2)

Behandlingens betydelse

Samtliga informanter berättade mycket om upplevelser och tankar kring behandlingen av det höga blodtrycket och då framförallt den medicinska behandlingen. Det var något som upplevdes vara en stor del av hur det är att leva med hypertoni. Kategorin omfattar underkategorierna Trygghet i medicinering, Kritisk till medicinering och Stöd i vården.

Trygghet i medicinering

De flesta informanter var positivt inställda till medicinering. De såg det som en trygghet och ett sätt att hålla blodtrycket under kontroll. Flera informanter såg medicineringen som i stort sett den enda möjligheten de hade att påverka blodtrycket, då de redan innan de fick diagnosen hade en hälsosam livsstil. Att vara noga med att sköta medicineringen var viktigt för att känna kontroll och för att undvika att drabbas av komplikationer och följsjukdomar.

“För mig var det inte svårt att förstå att jag skulle ta medicin. Nä, så det tar jag varje morgon, det är ingenting jag hoppar över. Jag vet ju vad som kan hända.” (7)

Kritisk till medicinering

Det framkom också tveksamhet och starkt negativa uppfattningar om att medicinera mot det höga blodtrycket, dels på grund av uppfattningen om att det inte hade någon effekt på blodtrycket. Att medicinera sågs då som helt onödigt eftersom blodtrycket låg på samma värden både med och utan blodtryckssänkande mediciner. Andra orsaker till negativ inställning till medicinering var på grund av biverkningar som uppfattades härröra från medicinerna. En av informanterna hade som mål att kunna sluta med medicinerna, delvis med hjälp av livsstilsförändringar.

“..det förändrar inte mitt blodtryck och varför håller jag på och äter det år ut och år in ungefär. Dö ska jag ändå göra liksom..Om jag då dör av det eller nåt annat så får det ju vara så, eller ja det låter lite krasst men..” (4)

Stöd i vården

Att få komma till vårdcentralen och träffa läkare och distriktssköterska regelbundet var viktigt för flera informanter. Det upplevdes som en trygghet, och i kombination med medicineringen var detta också ett sätt att kontrollera blodtrycket och eventuellt upptäcka om något inte stod rätt till.

“Nu har jag ju medicin så nu tror jag inte att det kommer att stöka till någonting för mig nej. Nu får jag ju kolla upp det här en gång om året också, så det är jättebra.” (7)

En informant upplevde att hon fått bra stöd av distriktssköterskan genom samtal och uppmuntran till ökad fysisk aktivitet och god kosthållning. En annan informant upplevde att vårdpersonal lägger för mycket fokus på medicineringen och inte pratar om livsstilsfaktorer alls.

”Det är väldigt mycket bara kasta fram medicinerna snabbt och sen liksom ja..man frågar inte så mycket om levnadssätt och sånt där, utan det, ja men det där fixar vi med medicinering och så sätter man in nåt.” (5)

Inverkan på livsstil

Informanterna uppgav att de inte tyckte att deras kroniska tillstånd förändrat deras liv eller inverkat på deras livsstil på något större sätt. De levde som vanligt med skillnaden att de nu åt medicin dagligen. Några informanter hade lagt om sina vanor på grund av hypertoni. Kategorin omfattar underkategorierna Lever som vanligt och Nya vanor.

Lever som vanligt

Informanterna var av uppfattningen att de levde som de alltid hade gjort. Det höga blodtrycket var inget de tänkte på dagligen och det påverkade inte deras livsstil i någon större utsträckning. Flera informanter var av uppfattningen att det var viktigt att röra på sig och äta nyttigt. De flesta uppgav att de gjort det redan innan de fick diagnosen hypertoni, så det var ingen ändring de gjort på grund av det.

“Jag ser inte att jag lever på något annat sätt än vad jag gjort tidigare, jag är ute och går, gör det jag tycker är roligt och så. Det är ingenting jag kan säga har inskränkt mitt beteende.” (1)

Nya vanor

Det höga blodtrycket gjorde sig ibland påmint framförallt under stressiga situationer eller perioder. Patienterna uppgav att de utifrån vetskapen att stress kan höja blodtrycket försökt prioritera bort eller dra ner på stressiga moment i vardagen, men också att hitta tid för att varva ner och ta det lugnt.

“..man tänker ju lite grann mer på det. Man försöker undvika stress, man försöker kanske varva ner lite mer, alltså när man har tillfälle. Man behöver inte göra allting man tror sig måste.” (6)

Några informanter hade gjort livsstilsförändringar och framförallt börjat motionera mer. Detta hade gett positiva effekter på blodtrycket och motiverat dem att fortsätta på samma spår.

“Jag har fått ett helt annat..jag har fått ett aktivt liv. Och jag tänker på vad jag stoppar i mig.” (2)

“Jag ser ju när jag motionerar så får jag ju ner effekten otroligt, Den går ju ner 20 enheter både på det högre och det undre blodtrycket.” (5)

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva personers upplevelser av att leva med hypertoni. För att besvara syftet valdes en kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer som analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ metod ger möjlighet att skapa en förståelse för människans erfarenhet i ett sammanhang genom intensivt studerande av få fall (28). Denna metod ansågs därför lämplig för att studera det valda fenomenet.

Förförståelse

Den kunskap och erfarenhet forskaren har inom området som ska undersökas kallas förförståelse. Den inkluderar både teoretisk och praktisk kunskap. Forskarens förförståelse kan styra tolkningen av forskningsmaterialet och det är därför viktigt att förförståelsen inte överskuggar och påverkar objektiviteten under forskningsprocessen (31).

Viss teoretisk kunskap om området fanns då tidigare forskning inom området studerats i studiens början. Båda författarna har träffat denna patientgrupp på hypertoni-mottagning på verksamhetsförlagd utbildning och har dessutom jobbat inom kardiologisk slutenvård under flera år. Det är författarnas förförståelse som väckt intresset för det studerade ämnet. En

öppenhet har eftersträvats i varje moment av studien för att inte låta förförståelsen styra och påverka analys- och tolkningsprocessen för mycket.

Trovärdighet

Enligt Graneheim och Lundman (29) kan man för att värdera kvalitativa studiers trovärdighet utgå från begreppen tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet. Tillförlitlighet handlar om de val och ställningstaganden som gjorts under hela forskningsprocessen. Giltighet handlar om hur pålitliga studiens resultat är, det vill säga hur väl data och analysprocess överensstämmer med det som var avsett att studeras. Trovärdighet innefattar även frågan om överförbarhet vilket betyder i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra sammanhang och grupper (29).

Semistrukturerade intervjuer valdes, vilket ansågs lämpligt dels för att det ger forskarna möjlighet att samla in nödvändig information och täcka in flera frågeområden, men det ger också deltagarna möjlighet att tala fritt och ge så många beskrivningar av fenomenet som de vill. Samma frågor ställs till alla informanter men utifrån de individuella svaren vid varje intervju anpassas frågorna och frågeordningen efter detta. En av frågorna som ställdes till informanterna var hur de skulle beskriva sin livskvalitet efter att de fått diagnosen hypertoni. Det är alltså patienterna själva som fått definiera livskvalitet istället för att skatta den utifrån en mall. Det ger en förståelse för vad de själva anser att livskvalitet är. Författarna upplevde det mycket positivt att använda de följdfrågor som fanns i intervjuguiden då det gav djupare beskrivningar av fenomenet. Alla intervjuer avslutades med en fråga om intervjupersonen ville tillägga något. En sådan avslutande fråga stärker tillförlitligheten då det kan ge ytterligare relevant information som svarar till syftet (28).

Samtliga intervjuer skedde i en ostörd miljö. Det är viktigt för att inte bli avbruten och för att undvika ljud som kan störa ljudupptagningen (28). Båda författarna deltog vid alla intervjuer utom en, vilket ses som en styrka. En höll i intervjuerna och den andra var åhörare. Vid slutet av intervjun hade den som varit åhörare möjlighet att ställa kompletterande frågor. Båda författarna har vana att samtala med patienter i olika situationer efter flera år i sjuksköterskeyrket men ingen hade någon vana vid att intervju, vilket kan ses som en svaghet. Båda deltog dock vid intervjuerna vilket utvecklade intervjutekniken till det bättre för varje intervju. Det kan också ses som en svaghet att båda medverkade vid intervjuerna då det kan göra att informanten upplever sig vara i underläge. Intervjuerna blev kortare än förväntat men trots detta innehöll alla intervjuer information som svarade till syftet och kunde därför inkluderas i analysen. Det är möjligt att om informanterna som intervjuades på vårdcentralen i samband med sitt besök hos distriktssköterskan hade fått mer tid att förbereda sig inför intervjun hade intervjuerna kunnat bli längre och ännu mer innehållsrika. Platsen för intervjuerna kan också ha påverkat hur samtalen utvecklades, om informanterna till exempel intervjuats i det egna hemmet är det möjligt att de känt sig mer avslappnade.

Att välja deltagare med varierande erfarenheter ökar möjligheten att belysa det studerade fenomenet från olika aspekter. Varierande åldrar och kön kan bidra till rikare variation i

beskrivningarna av det som undersöks (29). I föreliggande studie fanns en god spridning bland intervjupersonerna gällande ålder och kön, vilket kan ses som en styrka. Spridningen i antalet år man haft diagnosen hypertoni kan ha bidragit till mer varierande beskrivningar. De flesta informanter kom från ett ganska välbärgat område i Göteborg. Det är möjligt att det blivit ett annorlunda resultat om man valt informanter från andra stadsdelar. Ambitionen från början var att ha en spridning av informanter från olika socioekonomiska områden, men på grund av svårigheter att få hjälp att tillfråga deltagare var detta inte möjligt inom tidsramen för föreliggande studie.

Det finns en möjlighet att de informanter som tackade ja till att delta kan ha en vilja att framstå i god dager. Det kan vara patienter som har ett välinställt blodtryck, om man inte har det kanske man inte vill delta i en intervju. Detta kan ha påverkat resultatet då det är möjligt att spridningen i erfarenheter begränsats (28).

En svaghet med studien är att informanter endast inkluderades från en vårdcentral. Den andra vårdcentralen tackade ja väldigt sent i processen och därför kunde endast en informant rekryteras därifrån. Informanten tackade sedan nej till att delta. En annan anledning till att det var svårt att inkludera informanter var att många hade andra kroniska sjukdomar, vilket var ett av exklusionskriterierna. Eftersom det var svårt att få hjälp att tillfråga deltagare till studien valde författarna att annonsera på sociala medier. Intervjuer med dessa två deltagare utfördes genom videosamtal. Detta var den enda möjligheten då deltagarna var bosatta på annan ort. Videosamtal liknar en vanlig intervjusituation eftersom man både kan se och höra varandra och har samma möjlighet att se den ickeverbala kommunikationen (28). Det är möjligt att informanterna upplevde en distans till intervjuaren och att ett personligt möte hade gett mer. Författarna upplevde dock inte att det var någon skillnad i materialet från dessa intervjuer jämfört med de som skedde på vårdcentralen.

Ett kritiskt moment för trovärdigheten är att under analysen välja ut de mest lämpliga meningsenheterna. Om dessa är för vida kan de bli svåra att hantera, då de kan innehålla olika innebörder. För snäva meningsenheter, exempelvis ett enstaka ord, kan resultera i att det blir fragmenterat. I båda fallen finns risken att meningen i texten förloras under kondenseringen och abstraktionsprocessen. Allt analysarbete gjordes gemensamt av författarna och en öppen diskussion fördes under hela processen vilket stärker tillförlitligheten. Att förtydliga meningsenheter, hur kondensering och abstraktion genomförts underlättar bedömning av giltigheten av resultatet. En tabell med exempel på detta redovisas i resultatet. I resultatdelen redovisas citat från alla informanterna vilket också stärker giltigheten (29).

Enligt Graneheim och Lundman (29) är det upp till läsaren att avgöra om resultatet är överförbart till en annan kontext. För att underlätta för läsaren att göra den bedömningen är det viktigt att ge en tydlig beskrivning av urval, datainsamling och analysprocess, vilket författarna har strävat efter (29).

Resultatdiskussion

Resultatet visar att informanterna var välmående och levde som vanligt trots sitt kroniska tillstånd. Oro för tillståndet fanns framförallt vid hypertoniens debut men även när det gällde framtiden och risken att drabbas av följsjukdomar. Informanterna upplevde att de hade en bra livskvalitet och att diagnosen inte påverkade den på något sätt. De flesta kände trygghet i medicineringen och att ha regelbunden kontakt med primärvården. Att få hypertoni hade för de flesta inte gjort någon inverkan på livsstilen men några hade skapat helt nya vanor.

När människor beskriver sin hälsa avses fler aspekter än den biologiska funktionen. Hälsa berör hela människans totala livssituation. Människor med svåra sjukdomar kan uppleva hälsa trots att kroppens biologiska system är nedsatt (12). I föreliggande studie upplevde informanterna inga nedsatta fysiska funktioner till följd av hypertoni. Informanterna uttryckte dock en oro för framtiden och att drabbas av följsjukdomar. I detta avseende hade deras upplevelse av hälsa kunnat påverkas då även existentiella aspekter kan anses vara en del av den upplevda hälsan.

Patienter har olika upplevelser av att leva med samma tillstånd. Effekterna av ett tillstånd och konsekvenserna av behandlingen påverkar individens uppfattning av livskvaliteten (14,15). Tidigare forskning visar att majoriteten av personer med hypertoni skattar sin livskvalitet lägre än friska individer (25-27). Framträdande i resultatet är att informanterna upplevde att diagnosen inte påverkade deras livskvalitet. De uttryckte att de hade en bra livskvalitet då de kunde leva som vanligt, att de hade ett socialt nätverk och att de kunde styra över sin egen tid. Eftersom informanterna inte kände sig begränsade av sitt tillstånd i någon större utsträckning och överlag var nöjda med behandlingen uppfattades livskvaliteten som mycket god.

Informanterna uttryckte oro i samband med insjuknandet, tankar på framtiden och att drabbas av eventuella följsjukdomar. Trots vetskapen om att de lever med ett tillstånd som ökar risken att drabbas av hjärt- kärlsjukdom upplevde de inte att deras livskvalitet påverkades. Tidigare forskning resonerar kring möjligheten att det är medvetenheten om tillståndet som ger en lägre livskvalitet hos personer med hypertoni snarare än det höga blodtrycket (27). Informanterna i föreliggande studie kände i första hand inte oro i förhållande till sitt höga blodtryck men snarare med tanke på vad blodtrycket kunde orsaka. Tidigare studier om hur hypertoni påverkar personers livskvalitet är utförda med hjälp av kvantitativ metod, där livskvaliteten bedöms utifrån flera aspekter i ett mätinstrument. Att jämföra resultatet i föreliggande studie med dessa kvantitativa studier kan dock vara problematiskt då livskvaliteten kan ha definierats och tolkats på olika sätt.

Att leva med ett kroniskt tillstånd har i tidigare forskning beskrivits som något som kan vara stigmatiserande. Vilken grad av stigmatisering är bland annat beroende av tillståndets synlighet och om det är medfött eller förvärvat (17). Hypertoni är ett osynligt kroniskt tillstånd vilket kan påverka individens upplevelse av att leva med tillståndet. Informanterna verkar inte

uppleva att det är stigmatiserande att leva med hypertoni och det kan ha att göra med att hypertoni inte är synlig. Dessutom är hypertoni till stor del ett välevnadstillstånd och majoriteten av informanterna hade en hälsosam livsstil redan innan de fick diagnosen vilket kan göra att de kände att de inte kunde påverka tillståndet i någon större utsträckning, annat än med medicin.

Kroniska tillstånd kan i många fall leda till att man förlorar både fysiska och psykiska förmågor och det kan leda till att man lever ett begränsat liv med minskad frihet och valfrihet (18). Informanterna i föreliggande studie uppgav att de levde som vanligt och upplevde inte att tillståndet begränsade dem i deras dagliga liv. Eftersom hypertoni inte är ett progredierande tillstånd kan det vara så att man upplever att man har kontroll över sin situation genom att ta sina mediciner och gå på blodtryckskontroller. Hur tillståndet utvecklar sig är dock ovisst och det finns inga garantier för att inte drabbas av följsjukdomar, något som informanterna hade tankar kring när det gällde hur de såg på framtiden.

Att få ett kroniskt tillstånd beskrivs också som en ständig anpassningsprocess, till exempel anpassning till en ny livsstil eller de eventuella begränsningar som tillståndet medför (19). Även om informanterna inte kände sig begränsade har en acceptans och en viss anpassning dock skett på så vis att några informanter börjat undvika stress och gjort livsstilsförändringar.

Resultatet stärks av Silva et als studie (24) som visar att personer med hypertoni, trots att det är ett kroniskt tillstånd, inte upplever att det är ett sjukdomstillstånd. Detta på grund av att tillståndet inte ger några fysiska symptom och dessutom går att kontrollera och stabilisera med hjälp av blodtryckssänkande mediciner. Detta ställningstagande är också kopplat till att ha levt länge med det kroniska tillståndet (24). Det är möjligt att detta kan variera beroende på vem man frågar, en patient som inte har ett välinställt blodtryck och känner mycket symptom kanske upplever ohälsa och känner sig begränsad i det dagliga livet.

I föreliggande studie uttryckte informanterna en trygghet i att ta sin medicin enligt ordination, ha regelbunden kontakt med sjukvården och få stöd från vårdpersonal. Resultatet överensstämmer med tidigare studier där patienter uttrycker ett behov av kontinuerlig behandling i form av blodtryckssänkande medicin samt regelbundna blodtryckskontroller (21, 23, 24). Enligt Karakurts et al. (32) studie är medicinering den viktigaste faktorn för att kontrollera blodtrycket för en stor del av patienterna. Även kunskapen om komplikationer och följsjukdomar leder till att man tar sina ordinerade mediciner i högre utsträckning än om man inte har kunskap om det. De som levt med tillståndet länge, mer än tio år, är också mer benägna att ta sina mediciner enligt ordination (32). Det är möjligt att informanterna var noga med medicineringen just på grund av att de hade kunskap om risken för följsjukdomar. Flera hade också haft diagnosen under lång tid.

De flesta av informanterna hade inte gjort någon livsstilsförändring efter att de fått diagnosen hypertoni. Anledningen till detta var att många hade en hälsosam livsstil redan innan de fick

diagnosen. Informanterna var medvetna om de livsstilsfaktorer som kan påverka blodtrycket. En del informanter beskrev hur de försökt undvika stress i vardagen, finna tid att ta det lugnt och gå ner i varv. Majoriteten av informanterna var medvetna om livsstilsfaktorer och levde ett hälsosamt liv, vilket kan bero på att de flesta av informanterna rekryterades i är ett område där många människor är välutbildade och har en hög levnadsstandard.

Informanterna kände en trygghet i regelbundna kontroller och besök på vårdcentralen. Distriktssköterskan har en viktig roll i omvårdnaden av denna patientgrupp, framförallt i form av att utbilda, ge råd och att mäta blodtrycket. Att utbilda patienter innefattar att hantera behovet att ändra vanor relaterat till kost, fysisk aktivitet, vikt, stress, rökning och alkoholintag (33). En informant upplevde att stödet från distriktssköterskan gällande livsstilsförändring i form av anpassning av kost och ökad fysisk aktivitet var till stor hjälp.

Enligt Bengtsson och Drevenhorn (33) förbättrar besök hos sjuksköterskan följsamhet till den medicinska behandlingen. Många patienter upplever att de har mer tid med sjuksköterskan jämfört med läkaren, får bättre information och får chansen att ställa frågor i större utsträckning (33). I föreliggande studie upplevde en informant dock att vårdpersonal lägger för mycket fokus på den medicinska behandlingen och inte samtalar om vilka livsstilsfaktorer som påverkar blodtrycket. Trots att detta är en stor del av distriktssköterskans roll i omvårdnaden av dessa patienter hade informanten uppfattningen om att sjuksköterskor/distriktssköterskor inte samtalar kring detta. Det är av stor vikt att patientgruppen tas på allvar och satsas på då sjukdom och lidande kan förebyggas om dessa individer får hjälp, stöd och behandling i tid.

Slutsats

Resultatet visar att personer med hypertoni mestadels är välmående men också upplever oro kring sitt tillstånd. De upplever oförändrad livskvalitet och finner stöd i medicinering och behandling. En del patienter lever sitt liv som tidigare medan andra har skapat sig nya levnadsvanor.

Kliniska implikationer

Att ta reda på hur patienter upplever det att leva med hypertoni är en viktig utgångspunkt för att distriktssköterskan ska kunna forma omvårdnaden. Upplevelsen av att leva med diagnosen är individuell och det är viktigt att distriktssköterskan har en öppenhet kring olika uppfattningar om hur diagnosen påverkar livet och individanpassar omvårdnaden efter detta. Eftersom resultatet visar att flera patienter upplever oro och ångest när de får diagnosen hypertoni är det viktigt att distriktssköterskan öppnar för att samtala kring detta och att patienten får möjlighet att ge uttryck för denna oro. Saklig och adekvat information om hypertoni från distriktssköterskan kan ha lugnande effekt. Att regelbundet träffa en sjuksköterska med specialistkunskap som har kompetensen att ge rådgivning och stöd kan vara till fördel för patienten.

Förslag på områden för fortsatt forskning

Det finns behov av mer kvalitativ forskning ur patientens perspektiv när det gäller att leva med hypertoni. Föreliggande studie är en begränsad studie med endast sju informanter och en storskalig studie med djupintervjuer gällande upplevelser av att leva med hypertoni skulle kunna vara av stort värde. Det skulle även vara av stort värde att ta reda på vilket slags stöd patienterna önskar få från distriktsköterskan, för att kunna utveckla omvårdnaden.

Referenslista

1. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Måttligt förhöjt blodtryck- en systematisk litteraturoversikt [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU; 2007 [cited 2016 09/19]. Available from: <http://www.sbu.se/contentassets/5e7cc1d364834ec0aa087968f6f9ea5a/hypertoni0712.pdf>.
2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Boehm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2013;34(28):2159.
3. World Health Organization. A global brief on hypertension- Silent killer, global public health crisis [Internet]. Geneva: World health organization; 2013 [cited 2016 09/14]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1.
4. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009 [Internet]. Västerås 2009 [cited 2016 09/27]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>.
5. Nyström FH. Hypertoni. In: Dahlström U, Jonasson L, Nyström FH, editors. *Kardiovaskulär medicin*. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2010. p. 172-87.
6. Meland E. Hjärta och kretslopp. In: Hunsbår S, Hovellius B, Wallgren GA, Jones L, Toverud KC, A R, editors. *Allmänmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 271-313.
7. Högskoloförordningen (SFS 1993:100)[Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet [Cited 2016 11/03] Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100
8. Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning- Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska [Internet]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2008 [cited 2016 09/27]. Available from: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>.
9. Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor [Internet]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2014 [Cited 2016 11/03]. Available from: http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008- Beslutsstöd för prioriteringar [Internet]. Västerås Socialstyrelsen; 2008 [cited 2016 13/10]. Available from: http://epi.vgregion.se/upload/L%C3%A4kemedel/hj%C3%A4rta%20k%C3%A4rl/Nationella_riktlinjer_f%C3%B6r_hj%C3%A4rtsjukv%C3%A5rd_2008.pdf.
11. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*. 2016;37(29):2315-81.
12. Dahlberg K, Segesten K. *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur; 2010.

13. World Health Organization. WHOQOL, Measuring quality of life [Internet]. Geneva: World health organization WHO; 1997 [cited 2016 09/19]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
14. Cella DF. Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1994;9(3):186-92.
15. Post MWM. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2014;20(3):167-80.
16. Socialdepartementet. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. [Internet]. Stockholm. Regeringskansliet; 2014.[cited 2016 11/03]. Available from: <http://www.regeringen.se/contentassets/9f4c29d2ec634fc0b3be84bf58639bae/nationell-strategi-for-att-forebygga-och-behandla-kroniska-sjukdomar-s2014.005>
17. Joachim G, Acorn S. Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(1):243-8.
18. Charmaz K, Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*. 1983;5(2):168-95.
19. Gordon PA, Feldman D, Crose R. The meaning of disability: How women with chronic illness view their experiences. *Journal of Rehabilitation*. 1998;64(3):5-11.
20. Thorne S, Paterson B, Acorn S, Canam C, Joachim G, Jillings C. Chronic Illness Experience: Insights from a Metastudy. *Qualitative Health Research*. 2002;12(4):437-52.
21. Sångren H, Reventlow S, Hetlevik I. Role of biographical experience and bodily sensations in patients' adaptation to hypertension. *Patient Education and Counseling*. 2009;74(2):236-43.
22. Taylor C, Ward A. Patients' views of high blood pressure, its treatment and risks. *Australian family physician*. 2003;32(4):278.
23. van Wissen K, Litchfield M, Maling T. Living with high blood pressure. *Journal of advanced nursing*. 1998;27(3):567-74.
24. Silva FMd, Budó MdLD, Silveira CL, Badke MR, Beuter M. Hypertension as a condition of non-disease: the meaning of chronicity in the subjects' perspective. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2013;22(1).
25. Ayalon L, Gross R, Tabenkin H, Porath A, Heymann A, Porter B. Correlates of Quality of Life in Primary Care Patients with Hypertension. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2006;36(4):483-97.
26. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA. A cross-sectional assessment of health-related quality of life (HRQoL) among hypertensive patients in Pakistan: Quality of life in hypertension. *Health Expectations*. 2014;17(3):388-95.
27. Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Hypertension*. 2011;29(2):179-88.
28. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
29. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*.

2004;24(2):105-12.

30. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [Internet]. Vetenskapsrådet; [cited 2016 09/19]. Available from: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

31. Olsson H, Sörensen S. Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm: Liber; 2011.

32. Karakurt P, Kaşıkçı M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *Journal of Vascular Nursing*. 2012;30(4):118-26.

33. Bengtson A, Drevenhorn E. The nurse's role and skills in hypertension care: a review. *Clinical nurse specialist CNS*. 2003;17(5):260-8.

Bilagor

Bilaga 1

Göteborg 2016-09-05

Informationsbrev till primärvårdschefer och verksamhetschefer

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistutbildning till distriktssköterskor vid Göteborgs universitet. Under höstterminen 2016 kommer vi att skriva vår magisteruppsats. I uppsatsen vill vi undersöka patienters upplevelser av att leva med hypertoni.

Studien kommer att genomföras under september 2016 i form av intervjuer med 6-8 patienter som har en hypertoni-diagnos. Intervjuerna kommer att ta 30-45 minuter och spelas in på band. Intervjuerna kommer genomföras av distriktssköterskestudenterna Elin Malm och Helena Lönn. Plats för intervjuerna kommer, om praktiskt möjligt, att vara på vårdcentralen eller bestämmas utefter deltagarnas önskemål. Det inspelade materialet kommer endast att hanteras av ansvariga för studien och kommer att förstöras när studien slutförts. Resultatet av studien kommer att redovisas på ett sådant sätt att deltagare är anonyma och inte kan identifieras.

Deltagande i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Resultatet av studien kommer att presenteras i en uppsats vid Göteborgs universitet, som deltagarna har möjlighet att ta del av.

För att hitta lämpliga deltagare önskar vi att komma i kontakt med sjuksköterskor eller distriktssköterskor som möter patienter med hypertoni i sitt arbete. Vi vore mycket tacksamma om du har möjlighet att förmedla kontaktuppgifter till distriktssköterskan så att vi kan ta kontakt för vidare praktisk planering. Vid godkännande av denna studie önskar vi ditt samtycke skriftligt via epost senast 2016-09-13.

Med vänlig hälsning

Helena Lönn
Distriktssköterskestudent
guslonnhe@student.gu.se
Mobil: 0703908772

Elin Malm
Distriktssköterskestudent
gusmalm85@student.gu.se
Mobil: 0704910927

Heléne Berglund Handledare/universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.
helene.berglund@gu.se
Telefon: 031 - 786 61 07

Forskningspersonsinformation

Att leva med hypertoni

Bakgrund och syfte

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, vid Göteborgs universitet. Vi skriver vårt examensarbete om patienters upplevelser av att leva med högt blodtryck (hypertoni). Det finns en kunskapslucka kring patienters egna upplevelser av att leva med högt blodtryck och studien kan bidra till viktig fördjupad kunskap inom området.

Förfrågan om deltagande

Vi vänder oss till dig eftersom Du har högt blodtryck och undrar om Du vill dela med dig av dina erfarenheter kring detta i en intervju. Din distriktssköterska kommer att tillfråga dig om deltagande. Om du samtycker till detta kommer Du att kontaktas av ansvariga för studien via telefon för att bestämma tid och plats för intervjun.

Hur går studien till?

Deltagandet innebär att Du kommer att intervjuas av en distriktssköterskestudent. Intervjun beräknas ta ca 30-45 minuter och samtalet sker på vårdcentralen i enskilt rum eller på en plats som Du själv väljer. Intervjun kommer att spelas in på band.

Hantering av data och sekretess

Det inspelade materialet kommer endast att hanteras av ansvariga för studien och kommer att förstöras när studien slutförts. Du som deltagare är anonym och kommer inte kunna identifieras i redovisningen av resultatet.

Finns det några fördelar?

Din medverkan ger inga direkta fördelar för dig, men Du får möjlighet att dela med dig av dina upplevelser och erfarenheter av att ha högt blodtryck. Detta kan bidra till ökad kunskap inom området.

Vilka är riskerna?

Att bli intervjuad kan väcka känslor. Om någon fråga upplevs olustig kan Du avstå att svara på den.

Frivillighet

Deltagandet i studien är helt frivilligt och Du har rätt att när som helst avbryta din medverkan utan att ange förklaring till detta.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet av studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Göteborgs universitet och Du har möjlighet att ta del av studien genom att kontakta någon av nedanstående personer.

Ansvariga för studien

Helena Lönn

Distriktssköterskestudent

guslonnhe@student.gu.se

Mobil: 0703908772

Elin Malm
Distriktsköterskestudent
gusmalm85@student.gu.se
Mobil: 0704910927

Helene Berglund
Handledare/universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet
helene.berglund@gu.se
Telefon: 031 - 786 61 07

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av skriftlig och muntlig information angående studien Att leva med hypertoni. Jag samtycker till att delta och är medveten om att min medverkan är helt frivillig och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan särskild förklaring.

Ort _____ Datum _____

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Ansvariga för studien

Helena Lönn
Distriktssköterskestudent
guslonnhe@student.gu.se
Mobil: 0703908772

Elin Malm
Distriktssköterskestudent
gusmalm85@student.gu.se
Mobil: 0704910927

Heléne Berglund
Handledare/universitetslektor,
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet
helene.berglund@gu.se
Telefon: 031 - 786 61 07

Intervjuguide

Kön?

Ålder?

Sysselsättning?

Hur länge har du haft din diagnos?

Kan du berätta om hur det gick till när du fick reda på att du hade högt blodtryck?

- Hur upplevde du det?
- Hur kändes det?
- Vad tänkte du?

Kan du berätta om hur det är att leva med högt blodtryck?

- Hur påverkas ditt dagliga liv? Kan du ge exempel? Hur känns det?

På vilket sätt har livet förändrats efter att du fick reda på att du har högt blodtryck?

- Kan du ge exempel på detta?
- Hur har du blivit bemött av andra i din omgivning när du berättat att du har högt blodtryck?

Hur skulle du beskriva din livskvalitet efter att du fått diagnosen?

Hur ser du på framtiden?

- Oro? Positiva tankar?

Är det någonting mer du vill berätta?