

## **EGENVÅRD VID HJÄRTSVIKT**

### **Egenvårdens påverkan på livssituationen**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 161107

Kurs: 46

Författare: Emilie Backlund

Författare: Jannich Rasmus Ludvigsen

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Sissel Gleissman

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Många patienter formar deras liv utifrån deras hjärtsvikt och här hjälper sjuksköterskan genom att öka egenvårdsförmågan. Dorothea Orem har skapat en omvårdnadsteori som bygger på tillämpningen av egenvård också kallad self-care. Hon betonar att patienten ska göra så mycket egenvård som möjligt och att sjuksköterskan ska uppmana till detta. Enligt svensk lag har patienten rätt till att medverka i sin egen vård. Vi vill undersöka hur egenvården påverkar livssituationen hos personer med hjärtsvikt.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva hur egenvården påverkar livssituationen hos personer med hjärtsvikt.

- Hur påverkar egenvårdsförmågan livssituationen?
- Vilka faktorer påverkar egenvårdsförmågan?
- Hur påverkar patientutbildningen egenvården?

### **Metod**

Metoden som valdes var en icke-systematisk litteraturoversikt. Sökningar gjordes i databaserna PUBMED och CINAHL samt manuella sökningar. Det resulterade i 15 artiklar som analyserades och sammanställdes i resultatet.

### **Resultat**

I resultatet framkom det att egenvården har en påverkan på livssituationen vid hjärtsvikt. Patientutbildning främjar egenvården och det påverkar livssituationen positivt. Olika faktorer påverkar personer med hjärtsvikts egenvårdsförmåga, vilket också påverkar deras livssituation. En kontinuitet i egenvården var viktigt för livssituationen.

### **Slutsats**

Hur egenvården fungerar påverkar behandlingens följsamhet och verkar för att förebygga försämring i sjukdomen. Med en väl fungerande egenvård har personer med hjärtsvikt lättare att leva ett vanligt liv där sjukdomen inte tar över livet för personerna med hjärtsvikt.

**Nyckelord:** Delaktighet, Egenvård, Patientutbildning, Livssituation, Hjärtsvikt.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
Hjärtsvikt .....	1
Egenvård .....	2
Livssituation.....	3
Sjuksköterskans roll i egenvården.....	4
<b>Problemformulering</b> .....	4
<b>SYFTE</b> .....	5
<b>METOD</b> .....	5
Val av Metod.....	5
Urval .....	5
Datainsamling .....	6
Databearbetning .....	7
Dataanalys.....	7
Forskningsetiska överväganden.....	8
<b>RESULTAT</b> .....	9
Faktorer som påverkar egenvårdsförmågan .....	9
Patientutbildningens betydelse.....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	12
Resultatdiskussion .....	12
Metoddiskussion .....	13
Slutsats .....	14
Fortsatta studier .....	14
Klinisk tillämpbarhet .....	14
<b>REFERENSER</b> .....	15
<b>BILAGA-A</b>	
<b>BILAGA-B</b>	

## INLEDNING

Då 180 000 – 350 000 människor i Sverige lever med hjärtsvikt av någon grad så utgör hjärtsvikt idag den vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus bland gruppen över 65 år (Ericson & Ericson, 2012). Dödligheten vid mild hjärtsvikt är cirka 5 procent och vid svår hjärtsvikt beräknas den till 40-50 procent per år (Grefberg, 2013).

Vi har intresserat oss för hjärtsvikt efter att ha träffat på personer med hjärtsvikt under vår verksamhetsförlagda utbildning och har iakttagit hur mycket egenvården påverkar deras livssituation. Att leva med hjärtsvikt medför många problem i det vardagliga livet: att inte kunna ta trapporna, att känna sig trött, och ha en låg energinivå, bli andfådd, svårigheter med att besöka platser utanför hemmet, och att inte kunna umgås med familj och vänner utan problem är olika faktorer som påverkar livssituationen för personer med hjärtsvikt (Hwang, Liao & Huang, 2014). Vi har observerat att egenvården har en stor betydelse för hur patienternas livssituation ser ut, då tecken på försämring och förbyggande åtgärder är viktiga. Det här arbetet syftar till att förbättra kunskaper hos vårdpersonalen i hur egenvården påverkar livssituationen hos personer med hjärtsvikt.

## BAKGRUND

### Hjärtsvikt

Vid hjärtsvikt är hjärtats pumpfunktion nedsatt så att det inte klarar av att försörja kroppens vävnader med tillräcklig mängd blod. De vanligaste orsakerna till hjärtsvikt är ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni. Hjärtsvikt delas in i diastolisk och systolisk dysfunktion. Vid systolisk dysfunktion så är hjärtats tömningsförmåga nedsatt och vid diastolisk dysfunktion så är det påfyllningsfasen som inte fungerar korrekt. Hjärtsvikt delas även in i vänsterkammarsvikt och högerkammarsvikt. Vänsterkammarsvikt leder till minskad hjärtminutvolym och högerkammarsvikten orsakas ofta av kronisk vänsterkammarsvikt (Ericson & Ericson, 2012).

### Symtom vid hjärtsvikt

Hjärtat har en kompensationsförmåga vid hjärtsvikt, vilket kan resultera i att symtomen till en början uteblir. Hjärtat bedriver denna kompensation via tre viktiga faktorer: dilatation och hypertrofi av hjärtmuskeln samt ökad sympatikustonus (Ericson & Ericson, 2013).

Symtomen skiljer sig vid högersidig eller vänstersidig svikt. De vanligaste symtomen från vänstersidig hjärtsvikt är: Dyspné, cyanos och fatigue. Vid högersidig hjärtsvikt uppvisas symtom som ödem, halsvenstats och nykturi (Grefberg, 2013).

Det finns ytterligare symtom vid hjärtsvikt som nedsatt prestationsförmåga, nattlig hosta, ödem, hjärklappning och illamående. Många av symtomen är ospecifika och kan vara symtombild från andra sjukdomar (McMurray et al., 2012). Vid framskriden hjärtsvikt är två av de vanligaste symtomen fatigue och dyspné. Många patienter upplever att deras tillstånd sakta försämras (Yamokoski et al., 2007). Den fysiska förmågan minskar, vilket leder till att mer sjukhusvård krävs och patienterna blir beroende av andra (Yamokoski et al., 2007).

Personer med framskriden hjärtsvikt har ofta både fysiska och psykiska symtom som andfåddhet, smärta, fatigue och rädsla, samtidigt som social isolering och nedsatt aktivitetsförmåga påverkar vardagen (Small et al., 2009).

### Behandling vid hjärtsvikt

Behandlingen av hjärtsvikt bygger på tre hörnstenar. Det är att förebygga insjuknande i hjärtsvikt, symtomlindring som ger bättre livskvalitet och mindre behov av sjukhusvård, samt minskad dödlighet (Wikström, 2014).

Patienten själv är en viktig del i behandlingen då medverkan, kunskap och följsamhet gör behandlingen mer framgångsrik (Wikström, 2014). Holst (2008) menar att patientutbildning är en stor del av den icke-farmakologiska som hjälper motivera patienterna till livsstilsförändringar och därmed minska de riskfaktorer som finns. Viktiga omvårdnadsåtgärder vid hjärtsvikt är viktkontroller, vätske- och saltrestriktion, fysisk träning, följsamhet till medicineringen samt övervakning av tecken och symtom på försämring hos patienten (Simões Da Silva Lessa et al., 2016).

### **Egenvård**

Dorothea Orems omvårdnadsteori bygger på egenvård eller "self-care" som hon namnger det. Hennes teori går ut på att patienten ska åstadkomma så mycket egenvård som möjligt, det vill säga inom patientens egna resurser och gränser (Renpenning & Taylor, 2003). Detta är ett samspel mellan patient och sjuksköterskan, där sjuksköterskan ska uppmana till egenvård och ta över när resurserna tar slut. Egenvård kan beskrivas som det som individen klarar av att göra för sig själv för att bibehålla sitt liv, sin hälsa och sitt välmående (Nalhén Bose, 2015). Enligt Patientlagen (2014:821) så har patienter rätt till att medverka i hälso- och sjukvården genom att själv utföra viss vård eller behandlingsåtgärder och det ska utgå från patientens egna önskemål och individuella förutsättningar.

Enligt Lee et al. (2014) är hjärtsvikt ett komplext sjukdomstillstånd där patienter behandlas med expertis och evidensbaserad behandling men det är patienterna själva som har det största ansvaret för sin behandling. Egenvården bör vara konsekvent och effektiv för att patienterna ska ha kontroll över sin livssituation, som begränsas av hjärtsvikten. Patienterna behöver få en rutin i vardagen för att egenvården ska fungera och de behöver också aktivt förebygga att sjukdomstillståndet förvärras. Dock kan symtomen vara varierande vid hjärtsvikt och det kan vara svårt för patienterna att identifiera symtom och hur de förändras över en längre tid (Lee et al., 2014). Harkness, Spaling, Currie, Strachan & Clark (2015) menar att de flesta personer med hjärtsvikt vill lära sig egenvård i ett försök att minska osäkerhet och skapa kontroll över deras livssituation. Livssituationen hos personer med hjärtsvikt skulle kunna förbättras om det fanns mer kunskap om hur egenvården förändras genom sjukdomsförloppet och hur det kan leda till högre livskvalitet för personerna (Lee et al., 2014).

### Patientutbildning

Egenvård vid hjärtsvikt har stor betydelse för patientens symtom, funktionsförmåga och välmående (Dickstein et al., 2008). Att utbilda patienten i egenvård för att kunna förstå sin sjukdomsbild och kunna känna igen symtom på försämring är viktigt. Patienten utbildas

även i hur de behöver förändra sin livsstil, med regelbunden fysisk aktivitet, god kosthållning, undvika riskfaktorer som rökning och övervikt och kunna ha en grundläggande förståelse om sin medicinering.

Det är viktigt att vårdpersonalen tänker på individen vid patientutbildning. Personer kan ta olika lång tid på sig för att skapa egenvård samt att de kan kräva olika resurser från vårdgiveren samt patientutbildningen (Wingham, Harding, Britten, & Dalal, 2014). En undersökning av Scherb et al.(2011) visade att vid patientutbildning ska sjuksköterskan vara uppmärksam på specifika patientproblem för att öka effektiviteten av utbildningen. Dessa är: försämring av hjärteffektivitet, ineffektiv andningsrörelser, dålig gasutbyte och dålig kunskap kring sjukdomen. Sen benämner Scherb et al. (2011) vikten av att även närstående utbildas tillsammans med patienten.

I patientutbildningen ingår att informera patienterna om sin sjukdom, om hur den farmakologiska behandlingen verkar och biverkningar som kan uppkomma. Sjuksköterskans uppgift är att motivera patienterna till egenvård genom dagliga viktkontroller, salt- och vätskaretention, fysisk aktivitet, en god kost och alkoholkonsumtion samt infektionsprofylax (Holst, 2008).

### **Livssituation**

Det finns flera faktorer som påverkar livssituationen hos en person med hjärtsvikt och hur egenvården appliceras (Harkness et al., 2015). Faktorerna kan vara personliga, psykosociala och miljön. Att leva med hjärtsvikt är ett livsförändrande upplevelse som påverkar personens uppfattning av sig själv båda fysisk och psykisk (Harkness et al., 2015).

Stull, Starling, Haas och Young (1999) beskriver att när en person får diagnosen hjärtsvikt startas en process av att skapa en ny identitet. Stull et al. (1999) benämner också att processen har fem olika faser nämligen; krisen, diagnosen, personen och närståendes reaktion till diagnosen, accepterandet av diagnosen och deras uppfattning av sjukdomen och den sista fasen är beslutet om att gå vidare.

Många personer med hjärtsvikt ändrar sina vardagliga rutiner kring sjukdomen och utifrån sin kropps energinivå. Det görs för att uppnå en så normal vardag och ett normalt liv som möjligt (Harkness et al., 2015). Harkness et al. (2015) skriver också att egenvård kan upplevas som utmattande, vilket kan leda till att personen till exempel slutar att ta sin dagliga vikt för att kontrollera sin sjukdom eller att de har en medicin som ska tas tidigt på morgonen och att personen har svårt för att gå upp tidigt.

Tidigare studier visar att uppfattningen av hjärtsvikten eller sjukdomen hos individen har en stor roll. Med detta menas att personen kanske inte förstår att hen har en sjukdom och istället ser det som normalt åldrande (Klindtworth et al., 2015). Personens fysiska uppfattning förändras och att det blir en fokusering på att klara av dagens uppgifter istället för deras sjukdom (Harkness et al. 2015).

## Närstående

Oremes kommer in på stor betydelse som närstående och familjen har för att egenvårdsförmågan hos patienterna inte försämras (Renpenning & Taylor, 2003). Detta stämmer överens med Graven och Grant's (2014) studie som beskriver att den sociala kretsen kring patienten har en stor roll. Denna krets kan vara familj, vänner, kollegor och vårdgivare. De kunde hjälpa patienten med kunskap och emotionellt stöd som kunde förbättra patientens förmåga att hantera deras medicinering och kostschema. Klintworth et al. (2015) menar att närstående tar på sig rollen som en länk mellan patienten och sjukvårdspersonalen. De är nära, enligt Klintworth et al. (2015) under sjukdomsförloppet då de själva blir vårdare och samtidigt blir påverkade av sjukdomen.

## **Sjuksköterskans roll i egenvården**

Enligt International Council of Nurses: etiska koder har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Omvårdnaden ska bygga på respekt för de mänskliga rättigheterna, rätten till autonomi och integritet, värdighet och lika vård till alla oavsett bakgrund (International Council of Nurses, 2014). En viktig del av omvårdnaden är att lindra symtomen, förebygga att hjärtsvikten försämras och att förbättra livskvaliteten hos patienterna (Ericson & Ericson, 2013). Enligt HSL (SFS, 1982:763) stadgas i 2 a § ska hälso- och sjukvården byggas på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Hjärtsviktsomvårdnaden lägger stort tryck på patientutbildning som utbildar patienten i att förstå deras sjukdom, tyngden av bra egenvård, hälsofrämjande aktiviteter, kost- och vätskeregistrering, kontroll av vitalparametrar, smärthantering, fallprevention och viktkontroller (Scherb et al., 2011).

I en studie gjord av Simoes da Silva et al. (2016) beskrivs hjärtsviktsjuksköterskornas arbetsområde som involverar att medicinering sköts korrekt, att patienterna följer rekommendationer om kost samt att upptäcka andra hälsoproblem. Sjuksköterskans roll är viktig i patientutbildningen och för att främja egenvården (Simoes da Silva et al. 2016) och utbildning för hjärtsviktpatienter kan ske både på sjukhuset eller i hemmet. Enligt Simoes da Silva et al. (2016) så har utbildning av patienterna på sjukhuset innan hemgång gett en bättre egenvårdsförmåga.

## **Problemformulering**

Hjärtsvikt utgör idag den vanligaste orsaken till att personer blir inlagda på sjukhus i åldersgruppen 65 år och uppåt i Sverige (Ericson et al., 2013). Omvårdnaden vid hjärtsvikt bygger på att lindra symtomen, förebygga att hjärtsvikten försämras och att förbättra livskvaliteten hos patienterna (Ericson & Ericson, 2013). Enligt HSL (SFS, 1982:763) stadgas i 2 a § ska hälso- och sjukvården byggas på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Som tidigare hänvisat har patienten rätt till delaktighet inom vården. Detta är genom att egenvård ska utföras med patienten förmåga i åtanke, som det beskrivs i Patientlagen, kap. 5, § 2 (2014:821). Det flesta personer med hjärtsvikt vill lära sig egenvård för att minska osäkerhet och öka kontrollen över sin livssituation (Harkness et al., 2015). För personer som lever med hjärtsvikt har sjukdomen en stor påverkan på deras livskvalitet (Quittran et al., 2001). Vi vill undersöka hur egenvården kan påverka livssituationen för personer med hjärtsvikt.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva hur egenvården påverkar livssituationen hos personer med hjärtsvikt.

- Hur påverkar egenvårdsförmågan livssituationen?
- Vilka faktorer påverkar egenvårdsförmågan?
- Hur påverkar patientutbildningen egenvården?

## **METOD**

### **Val av Metod**

För att studera vårt syfte har vi valt att göra en icke systematisk litteraturöversikt med inslag av mixed-design. I en litteraturöversikt görs en överblick av det aktuella kunskapsläget inom ett visst område, i detta fall med inriktning på omvårdnad (Friberg, 2012). Polit och Beck (2017) beskriver litteraturöversikt som en granskning av befintlig litteratur inom ett specifikt område samt en mixed-design studie för att integrera och analysera information ifrån kvalitativa och kvantitativa studier. En systematisk litteraturstudie bygger på all relevant litteratur som finns inom ämnet. En icke systematisk litteraturöversikt är uppbyggd på samma sätt men är mindre omfattande (Kristensson, 2014).

### **Urval**

Begränsningar vid datasökning gjordes till artiklar på engelska och svenska, då det är två språk som vi känner att vi båda behärskar. Vidare valdes att ha en tidsbegränsning på artiklarna mellan år 2006-2016, för att kunskapen skulle vara aktuell. Ett annat inklusionskriterie var att artiklarna skulle vara peer reviewed, vilket innebär att de är vetenskapligt granskade (Friberg, 2012). Om en kvalitetsbedömning saknas finns det en risk att slutsatsen blir felaktig (Forsberg & Wengström, 2016).

Vi exkluderade artiklar som innefattade personer med hjärtsvikt i samband med andra sjukdomar vilket kunde ge ett felaktigt resultat. Forskningen i valda artiklar var bedriven på personer över 18 år, då egenvården och sjukdomssituationen skiljer sig mellan minderåriga och vuxna.

Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades i studien då detta arbete har inslag av mixed-design. Genom att använda både kvalitativ och kvantitativ forskning blir sökresultatet bredare (Friberg, 2012). I kvalitativa studier ska forskningen vara beskrivande, förklarande och tolkande i sitt resultat. Forskaren tolkar den subjektiva upplevelsen hos individen. I kvantitativa studier så är kunskapen allmängiltig, med det menas att samma resultat ska kunna uppstå oavsett vem forskaren är. Forskaren ska vara objektiv och inte ha förutfattade meningar som kan påverka forskningsresultatet (Forsberg & Wengström, 2016).



## Datainsamling

Vid en litteraturoversikt är det viktigt att vara konkret med sökorden, och att en ram kring datainsamlingen fastställs (Polit & Beck, 2017). Polit & Beck (2017) säger också att det är viktigt att ha en hälsosam diskussion vid mixed-design studier.

Artikelsökningen ledde fram till 15 antal artiklar. Sökorden bygger på syftet och där har vi sökt inom ämnet och vad som berör hjärtsvikt, livssituation och egenvård. I studien används HEART FAILURE för hjärtsvikt, LIFE EXPERIENCE för livssituation och SELF-CARE för egenvård. Dessa sökningar har genomförts i september 2016 i CINAHL (Cumulative Index Of Nursing And Allied Health) (tabell 1) som innehåller omvårdnadsstudier och vetenskapliga tidskrifter. Sökningar har också gjorts i PUBMED som har huvudsakligen vetenskapliga tidskriftartiklar som involverar medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2016). En manuell sökning genomfördes genom relaterade artiklar i PUBMED från hittade artiklar, för att hitta andra vetenskapliga artiklar som berör ämnet och syftet.

För att hitta relevanta artiklar som svarar mot syftet har sökord kombinerats i PUBMED och CINAHL. Sökorden har användes i samband med boolska operatoren "AND".

Tabell 1

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
<b>CINAHL</b>						
	09-09-16	"Heart failure"[Mesh] AND "Self-care"[Mesh] AND Life experience	9	3	2	1
	09-09-16	"Heart failure"[Mesh] AND "Self-care"[Mesh]	415	19	6	2
	09-09-16	"Heart failure"[Mesh] AND "Self-care"[Mesh] AND "Qualitative"	52	15	8	3
	14-09-16	"Heart failure" [Mesh] AND "Self-Care"[Mesh] AND "life style" [Mesh]	17	9	2	2
	14-09-17	"Heart failure" [Mesh] AND "Self-Care"[Mesh] AND "Quality of life" [Mesh]	108	7	6	2
<b>PUBMED</b>						

	09-09-16	((“heart failure” [Mesh])AND (“self-care” [Mesh]) AND “life experience”	73	6	3	1
	14-09-16	“Heart failure”[Mesh] AND “Self-care” [Mesh] AND “Qualitative”	149	9	3	1
	14-09-16	“Heart failure”[Mesh] AND “Self-care” [Mesh] AND “Qualitative” AND “Life style” [Mesh]	11	5	2	1
	09-09-16	“Heart failure” [Mesh] AND “Self-Care”[Mesh] AND “Disease management” [Mesh]	144	10	4	1
<b>TOTALT</b>			978	83	36	14

### Databearbetning

De artiklar som vi ansåg vara relevanta för studien sammanställdes i en artikelmatris (Bilaga B). Matrisen innehållande artiklarnas årtal, land, författare, titel, syfte, metod, deltagare, resultat och vilken kvalitet artikeln hade. För att kvalitets bestämma artiklarna används Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (Bilaga A) som modifierats utifrån Berg, Deckner och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Där klassificeras artiklarna enligt 3 grader där grad I visar på hög kvalitet, grad II medel och grad III Låg kvalitet.

### Dataanalys

Artiklarna granskades genom att läsa igenom varje abstrakt och kontrollera om innehållet var relevant för det valda området. Därefter lästes artiklar i sin helhet och sammanfattades på svenska var för sig, för att sedan läsas tillsammans och kontrollera att innehållet stämmer mot vårt syfte. Därefter beslutades vilka artiklar som skulle användas till litteraturöversikten.

I den här litteraturöversikten används Fribergs analysmodell (2012). Modellen består av fem steg där vi bröt ner tidigare studier till mindre delar och sen sammanfattar det till ett nytt resultat. I steg ett lästes studierna genom flera gånger enskilt för att skapa en uppfattning och för att få en känsla för studierna. Fokus lades på studiernas resultat och en bedömning på deras tillförlitlighet gjordes. Resultatet ifrån kvantitativa artiklar jämfördes med deras egna tabeller för att skapa bättre överblick av resultatet men också för att granska artikeln mera noggrant. Steg två bestod av att hitta essensen av varje resultat som besvarade vårt syfte och sedan skapa en översikt över varje studies resultat som var steg

tre. Steg fyra jämfördes olika studiers resultat för att klargöra likheter och skillnader, vilket användes för att skapa nya uppfattningar som kan bilda subteman. I steg fem är analysen klar och resultat sammanfattas och beskrivs i arbetet (Friberg, 2012).

### **Forskningsetiska överväganden**

Vid litteraturstudier så bör etiska överväganden göras genom att välja artiklar som är noggrant granskade (Helgesson, 2015). Detta görs genom en kontroll av artiklarna redogörelse av deras ena etiska frågeställningar för att kontrollera att deltagarna i studierna var över 18 år och hade gett sitt informerade samtycke. Polit och Beck (2017) ger fler exempel på frågeställningar som kan tas upp under granskning, t.ex. om deltagarnas identitet är ordentligt skyddad, har denna studie genomtänkt valet av deltagare och finns det en möjlighet att en deltagare kan lämna studien.

För att innehållet inte ska misstolkas så har vi läst igenom artiklarna ett flertal gånger var för sig. Det gjorde att vi såg artiklarna från olika perspektiv. Vi har valt att använda uppslagsverk (Berglund, 2011) vid översättning för att få en så korrekt översättning som möjligt och för att innehållet inte ska missuppfattas.

En risk vid icke-systematisk översikt är att författarna endast väljer studier som redan är kända och som enbart stödjer deras åsikter (Rosén, 2012). För att undvika att bryta emot ett etiskt förhållningssätt så har vi valt att inte redovisa ett resultat som endast stödjer våra åsikter (Forsberg & Wengström, 2013). För att undvika att personliga åsikter speglas har vi valt att förhålla oss kritiskt till forskningsmaterialet och därmed uppnå ett neutralt förhållningssätt genom att inkludera alla typer av resultat, oavsett vad det visar. Källhändvisen är gjort enligt en mall ifrån Sophiahemmet Högskola som innefattar en modifierat APA referenssystem.

## RESULTAT

Resultatet presenteras med hjälp av vetenskapliga artiklar som svarar på arbetets syfte. 15 artiklar av både kvalitativ och kvantitativ metod användes till resultatet. I artiklarna identifierades teman och bildade rubrikerna: Faktorer som påverkar egenvårdsförmågan och patientutbildningens betydelse.

### Faktorer som påverkar egenvårdsförmågan

#### Yttre faktorer

Hur egenvården fungerar för individen beror på en rad olika parametrar (Seto, Leonard, Cafazzo, Masino, Barnsley & Ross, 2011; Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker, & Cowies, 2013; Riegel et al., 2009; Dickson, Deatruck, Riegel, 2008; Kessing, Denollet, Widdershoven & Kupper, 2015).

Studier visar att faktorer som kan kopplas till en sämre egenvård och hur den påverkar livssituationen är att leva utan partner, högt BMI, tillhöra det manliga könet, lida av symtomet fatigue (Kessing et al. 2015) och låg utbildningsnivå (Kessing et al. 2015; Seto et al., 2011). Andra studier har visat att vara aktiv i arbetslivet, ha en hög funktionsförmåga och avsaknad av andra sjukdomar påverkar egenvårdsförmågan positivt (Seto et al., 2011). Enligt Enç, Yiğit, & Altıoks studie från 2010 är även sömnkvalitet, social isolering och energinivå faktorer som påverkar egenvården.

Vilken ålder personen med hjärtsvikt har är en faktor som påverkar egenvårdsförmågan på olika sätt (Riegel et al., 2009; Dickson et al., 2008.). Enligt Seto et al. (2011) är hög ålder en faktor som påverkar egenvården positivt. Dock menar Riegel et al. (2009) att det finns skillnader mellan äldre och yngre personer med hjärtsvikts egenvårdsförmåga. Yngre personer är enligt Riegel et al. (2009) snabbare på att upptäcka små förändringar i sin hjärtsvikt och ser samband mellan olika symtom och försämring av hjärtsvikt. Äldre personer har svårare att göra dessa kopplingar själva utan att kontakta sjukvården (Riegel et al., 2009). Yngre personer mellan 25-65 år är övervägande positiva till egenvården och tycker att den bidrar till kontroll av symtom, att slippa sjukhusinläggning och att må bättre. De anser att egenvården är viktig för att förhindra komplikationer och att leva längre (Dickson et al., 2008).

Faktorer som bidrar till en bra egenvårdsförmåga leder till en förbättrad livssituation (Arrendondo, Gázquez & Urrego, 2012; Dickson, McCauley & Riegel, 2016; Enç et al. 2010; Goodman et al., 2013; Kutzleb & Reiner, 2006; Köberich, Lohrmann, Mittag & Dassen, 2015; Piamjariyakul, Smith, Werkowitch och Elyachar., 2012; Tung, Lin, Chen, Chang, Lin & Chou, 2013).

#### Den individuella förmågan

Personer med hjärtsvikt utför sin egenvård i det dagliga livet till större eller mindre effekt (Falk et al. 2006). Enligt Goodman et al. (2013) fanns det finns ett starkt samband mellan hur personerna med hjärtsvikt uppfattade konsekvenserna av sin sjukdom och deras psykiska mående, och det påverkar egenvården. Personer med en mer emotionell påverkan av sin sjukdom har ett sämre självförtroende till sin egenvårdsförmåga. De personer som

hade en bra sjukdomsinsikt hade en mer positiv självkänsla av egenvården (Goodman et al., 2013). Beroende på vilken erfarenhet av egenvård personer med hjärtsvikt har, varierar också deras attityd, deras tankar och förtroende till egenvården. Personer med mycket erfarenhet av egenvård har ofta en bättre förmåga och en mer positiv inställning till egenvården än personer utan erfarenhet. Personer som är inkonsekventa i sin egenvård har ett lägre förtroende, sämre attityd och en dålig fysisk funktionsförmåga (Dickson et al., 2008). Dock enligt Tung et al. studie visar resultatet att patientutbildning inte ger någon förbättring när det kom till självförtroendet av egenvården (Tung et al., 2013).

### Ett fungerande arbetsliv

Enligt Dickson et al. (2016) så kan strategier för egenvården utformas på arbetsplatsen. Genom att egenvården planeras in under arbetsdagen och arbetet anpassas i form av flexitid, att arbeta hemifrån eller att förändra arbetsuppgifterna så kan en person med hjärtsvikt fortsätta att arbeta. Stöd från medarbetare är viktigt för egenvården under arbetsdagen. Delar av egenvården som kan upplevas problematiska på arbetsplatsen är kost, följsamhet till medicinering och att inte vilja berätta om sin sjukdom, vilket kan göra det svårt att utföra sin egenvård på arbetsplatsen (Dickson et al. 2016).

### **Patientutbildningens betydelse**

Patientutbildning har positiv effekt för patienternas egenvård och livssituation. Flera olika studier visar att utbildning i olika former stärker egenvården hos personer med hjärtsvikt (Kutzleb & Reiner, 2006; Tung et al., 2013; Köberich et al., 2015; Arrendondo et al., 2012; Enç et al., 2010). Personer som får utbildning om sin sjukdom har bättre förmåga till egenvård och underhåll av sin sjukdom (Tung et al., 2013).

Patientutbildning fokuserar på att anpassa livsstilen. Genom regelbundna viktkontroller, kost anpassat till sjukdomssituationen och följsamhet till medicinering påverkas livssituationen vid hjärtsvikt. Patienterna upplevde en förbättring på flera plan: livskvalitet, hälsa, socialt, ekonomiskt, fysiskt, spirituellt och familjerelaterat (Kutzleb & Reiner, 2006; Tung et al. 2013). Även Köberich et al (2015) studie visade att patienternas psykiska och fysiska begränsningar förbättrades något men resultatet var inte signifikant.

Patientutbildning visar även att egenvården förbättrades gällde övervakning av symtom (Köberich et al. 2015) bättre följsamhet till kostråd, observation av vikt, vätskerestriktion, arbete och vila (Enç et al., 2010). Egenvård blev bättre efter patientutbildningen och det ökade också livskvaliteten hos personer med hjärtsvikt (Enç et al., 2010; Tung et al., 2013; Kutzleb & Reiner, 2006 ). Personer med hjärtsvikt beskriver att det är viktigt med kontinuerlig utbildning då det upplevs som mycket information och därmed svårt att hantera (Piamjariyakul et al., 2012). Patientutbildning leder även till en förbättring i hur patienterna förbereder sig inför en aktivitet samt hur ofta vårdtagarna pratar med deras närstående och involverar dem (Arrendondo et al. 2012; Falk, Wahn och Lidell, 2006).

### Närståendes roll

Närstående har en roll i egenvården för personer med hjärtsvikt (Stamp et al. 2015; Piamjariyaku et al., 2012; Falk et al., 2012). Personer med hjärtsvikt har ofta stöd ifrån närstående i mötet med vården. Enligt Piamjariyaku et al. (2012) och Falk et al. (2012) kan närstående involveras vid patientutbildning, för att hjälpa till i det dagliga livet och med

kontroll av hjärtsviktpatientens hälsotillstånd. Genom att utbilda även närstående till hjärtsjuka patienter främjas egenvården. När närstående blir involverade i egenvården i det dagliga livet kan personen med hjärtsvikt få hjälp med motivationen till egenvården (Stamp et al. 2015; Piamjariyaku et al., 2012). Utbildning av närstående ökar också följsamheten till medicinering och självförtroendet till egenvården (Stamp et al. 2015). Enligt Piamjariyaku et al. (2012) kan dock närstående uppleva det problematiskt med att hanterar all ny information, men även att inte ha kunskaper om hur läkemedlen verkar och att vara oförberedda på att hantera sjukdomen i hemmet.

### Sjuksköterskans betydelse

Personer med hjärtsvikt upplever att dialogen med sjuksköterskan är viktig för deras egenvård. Upplevelser av att det är mindre tidspress vid besöken gör att personerna kan ställa frågor om sitt tillstånd, och de kände ett lugn och ett stöd vilket ökar deras självständighet som till exempel genom att veta när det behövs söka sjukhusvård (Näsström, L. M., Idvall & Strömberg, 2015).

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Att leva med hjärtsvikt påverkar vardagen, och självklara saker som att gå i trappor, utföra aktiviteter utanför hemmet och umgås med familj och vänner blir ett problem (Hwang et al., 2014). Enligt vårt resultat formas livet efter sjukdomen. Genom att utbilda personer med hjärtsvikt i egenvård kan personerna förbereda sig för olika aktiviteter i vardagen. Det kan underlätta för att personer med hjärtsvikt ska kunna leva ett välfungerande liv. Det framgår att utbildning i egenvård leder till bättre livskvalitet och deras livssituation förbättras. Resultatet visar att livskvaliteten skulle förbättras om patienterna hade mer kunskap om hur egenvården bedrivs och hur den ändrar sig genom sjukdomsförloppet.

Resultatet belyser vikten av en kontinuerlig kontakt med vården och förmågan att kunna ställa frågor. Det gör det möjligt ha bättre övervakning av symtom samt att veta när kontakt med sjukvården och sjukhusvård behövs. Det leder till att självständigheten och förtroendet till den egna kapaciteten inom egenvården ökar.

Alla människor med hjärtsvikt är också individer. Därför är det viktigt att patientutbildningen är personcentrerad med individen i fokus. Personer har olika förutsättningar för att skapa sin egenvård (Wingham et al., 2014). Harkness et al., (2015) menar att faktorer som kan påverka egenvården kan vara personliga, psykosociala och miljön. Resultatet visar att en viktig faktor som påverkar egenvården är ett högt självförtroende till egenvården.

Enligt ICN: Etiska kod ska sjuksköterskan: främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (International Council of Nurses, 2014). Genom egenvården kommer vi främja hälsan och förebygga sjukdom då vi stärker det som finns hos patienten och hjälper till med det som saknas. Orems teori bygger på att patienten ska åstadkomma så mycket egenvård som möjligt (Renpenning & Taylor, 2003) men att sjuksköterskan ska hjälpa till med det som patienten inte själv klara av, så som att utbilda patienten och ge patienten resurserna. Vårt resultat visar att här krävs det en bra kommunikation mellan patient och vårdgivare. Enligt Dorthea Orems omvårdnadsteori är även närstående och familj en del av egenvården (Renpenning & Taylor, 2003). Genom att utbilda närstående i hur de ska motivera till egenvård och öka kunskapen för det dagliga livet med sjukdomen, så förbättras egenvården hos personer med hjärtsvikt. Den hjärtsjuka individen drar stöd ifrån närstående i mötet med vården vid patientutbildning, det dagliga livet samt kontroll av hälsotillstånd.

Livsstilen har en stor betydelse för egenvården. Resultatet visar att genom att fokusera på att ändra livsstilen som en del av egenvården ger en bättre följsamhet till kostråd, viktövervakning, vätskerestriktion och arbete. Detta främjas genom patientutbildning och kontinuerlig kontakt med en sjuksköterska. Enligt vårt resultat ger det personer med hjärtsvikt en bättre livskvalitet och en positiv syn på livssituationen. Hjärtsvikt påverkar patienternas psyke som i sin tur påverkar deras egenvårdsförmåga och dess kvalitet. Genom att förbättra den mentala och sociala delen hos patienten, förbättras livssituationen.

Om en person tvingas att sluta sitt arbete på grund av sin sjukdom så påverkas deras livssituation och vardag. En balans mellan sin hjärtsvikt och sitt arbete gör att de dagliga egenvårdsaktiviteterna kan planeras in under arbetsdagen. Personer med hjärtsvikt som har

kunnat förhandla sig till att arbeta hemifrån, ha flexitid, förändra sina arbetsuppgifter eller har ett bra stöd på sin arbetsplats blev egenvården en del av arbetsdagen istället för att störa den. Även stöd från arbetsgivare och kollegor leder till att egenvården blir en del av arbetsdagen.

## Metoddiskussion

Till detta arbete användes en icke-systematisk litteraturöversikt för att skapa en översikt om hur egenvården påverkar livssituationen hos patienter med hjärtsvikt. En systematisk litteraturöversikt hade varit fördelaktigt då en sammanfattning av nuvarande litteratur kunde uppnås. Det var inte tidsmässigt möjligt vid denna studie. Forsberg och Wengström (2016) beskriver att systematiska litteraturöversikter med kvantitativ ansats måste vara objektiva och en samling av alla artiklar som finns i ämnet redogöras. I det här arbetet finns det både kvantitativa och kvalitativa artiklar.

I litteraturöversikten har vi valt att inte exkludera geografisk och vi har studier i från Nordamerika, Sydamerika, Europa och Asien. Det gjordes då vi har ett intresse i framtiden att arbeta utomlands. Dock så är vi medvetna om att olika kulturer och ekonomiska skillnader kan ha olika förutsättningar för egenvård och livssituation. Därför kan det ha varit en fördel att begränsa sina sökningar till områden som har liknande förutsättningar. Av de 15 artiklar kommer 12 av dem ifrån Nordamerika och Nord- och Centraleuropa. Vi tycker att majoriteten av dessa artiklar liknar vår svenska vårdmiljö och kultur. Om vi hade valt att endast inkludera studier som gjorts i länder som liknar vår svenska vårdmiljö, vet vi inte om det hade varit möjligt, då det inte finns så mycket forskning inom ämnet. Vårt resultat innehåller en artikel i från Asien som är Tung et al. (2013) som är i från Taiwan. Denna inkluderades då den var väl beskriven och bra genomfört.

Urvalet i denna studie har vi valt att exkludera personer under 18 år. Vi har valt det då hjärtsvikt är en sjukdom som visar sig framförallt hos äldre personer. Dock finns det en beskrivning av sjukdomens och egenvårdens påverkan på äldre personer och yngre som är redovisat av Dickson et al (2008) och Riegel et al. (2009). Här ska det dock påpekas att "yngre" patienter är mellan 25-65 år. Detta val är gjort med tanke att livssituationen genomsyrar hela livet och det är viktigt att detta framgår i litteraturöversikten. Även studier där andra sjukdomar tillsammans med hjärtsvikt som kunde påverka livssituationen undersöktes, exkluderades i detta arbete, då vi ville ha ett fokus på hjärtsvikten och egenvården till denna. Då personer med hjärtsvikt ofta är multi-sjuka så kunde inte all annan sjukdom exkluderas, men artiklarna skulle i första hand bygga på sjukdomen hjärtsvikt. I sökningen i databaserna användes aldrig termerna "NOT" eller "OR". Om dessa hade använts hade exklusionskriterier kunnat sorteras ut direkt men istället gjordes detta manuellt. Då vårt syfte var svårökt fungerade det bättre att sortera ut manuellt. Detta minskade chansen för att vi skulle sortera bort bra artiklar.

Ämnet i vår studie: hur egenvården påverkar livssituationen vid hjärtsvikt, var en komplex term att söka information om. Det fanns mycket skrivet om både egenvård och livssituation men inte så mycket om de båda tillsammans. Det visar på att det är ett ämne som är värt att undersöka mer, och skulle vara ett intressant ämne att göra intervjustudier på.

Vi hittade många artiklar där livskvalitet mättes och var i fokus vid sökning av egenvård. Till termen livssituation valde vi olika översättningar. Då det inte finns någon Svensk MeSH-term valde vi orden: "LIFE STYLE", "QUALITY OF LIFE" och "DISEASE



MANAGEMENT”, för att få in många dimensioner och aspekter av livssituation samt livet kring sjukdomen. Vi ser livskvaliteten som en del av livssituationen, men om vi hade fokuserat på bara livskvalitet hade vi bara kunnat använda artiklar av kvantitativ metod. Vi ville därför ha ett bredare begrepp där kvalitativa studier kunde inkluderas, och valde därför även att fokusera på det dagliga livet och upplevelser hos personer med hjärtsvikt. Vi valde även att söka på MeSH-terminen “QUALITATIVE” då vi mest fick resultat av kvantitativa studier.

Analysen genomfördes med Fribergs metod (Friberg, 2012). Det var svårt att jämföra kvalitativa och kvantitativa artiklar med varandra, då det ena beskrivs i statistik och det andra i individuella upplevelser. I de kvantitativa artiklarna innehöll resultatet ofta delar där det inte var någon signifikant skillnad mellan de olika grupperna i studierna. Det gjorde resultatet svårare att analysera.

I inklusionskriterier valdes att använda artiklar skrivna mellan 2006-2016. Vi valde 11 år, då vi gjorde en felräkning på hur många år det är, då meningen var att använda 10 år gamla artiklar. När felet upptäcktes hade redan resultatartiklarna blivit valda och då valde vi att behålla 11 år som tidsbegränsning, då vi funnit artiklar från 2006 med bra kvalitet som besvarat vårt syfte. Vi anser inte att det påverkar vårt arbete negativt. Artiklarna som använts i studien är skrivna på engelska. Det innebär att det finns en risk för feltolkning i resultatet. För att undvika feltolkningar så har vi försökt att läsa artiklarna var för sig, utan att påverka varandra, för att kontrollera att vi uppfattar det på samma sätt.

## **Slutsats**

Att leva med hjärtsvikt påverkar en persons livssituation. Hur egenvården fungerar påverkar behandlingens följsamhet och verkar för att förebygga försämring i sjukdomen. En väl fungerande egenvård påverkar livssituationen positivt. Egenvården främjar till att personens psykiska tillstånd ökar, vilket ökar hela livskvaliteten under sjukdomsförloppet. Personer med hjärtsvikt som har fått en utbildning i hur de ska utföra sin egenvård har lättare att leva ett vanligt liv där sjukdomen inte tar över livet för personerna med hjärtsvikt.

## Fortsatta studier

Utifrån resultatet ses att mer forskning skulle behövas i området då det saknas mycket kunskap om hur egenvården påverkar hela livssituationen vid hjärtsvikt. Genom att upptäcka hur egenvården kan förbättras kan också livssituationen förbättras i ett holistiskt perspektiv. Genom att få en ökad kunskap om hur patienter med hjärtsvikts livssituation ser ut, så kan egenvården anpassas och bli mer personcentrerad.

## Klinisk tillämpbarhet

Personer med hjärtsvikt behöver stöd och motivering i sin egenvård och då krävs kunskap i hur egenvården ska optimeras för individen. Det här arbetet kan bidra till en ökad förståelse för hur egenvården påverkar livssituationen för personer med hjärtsvikt. Denna studie redogör för det aktuella kunskapsläget i ämnet och arbetet kan bidra till ökad kunskap som kan användas i arbetet som sjuksköterska.

## REFERENSER

Arredondo Holguín, E., Rodríguez Gázquez, M. D. L. Á., & Higuera Urrego, L. M. (2012). Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(2), 188-197.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Dickson, V., Deatruck, J., & Riegel, B. (2008). A typology of heart failure self-care management in non-elders. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 7(3), 171-181.

Dickson, V., McCauley, L., & Riegel, B. (2008). Work--heart balance: the influence of biobehavioral variables on self-care among employees with heart failure. *AAOHN Journal*, 56(2), 63-73

Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P., & ... Funck-Brentano, C. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Journal Of Heart Failure*, 10(10), 933-989.

Enç, N., Yiğit, Z., & Altıok, M. G. (2010). Effects of education on self-care behaviour and quality of life in patients with chronic heart failure. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 7(2).

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (4., rev. och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4:e uppl.). Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Falk, S., Wahn, A. K., & Lidell, E. (2007). Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure. A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(3), 192-199.

Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., & Cowie, M. R. (2013). Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 945-953.

Graven, L. J., & Grant, J. S. (2014). Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review. *International Journal Of Nursing Studies*, 51(2), 320-333. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.06.013

- Grefberg, N. (red.) (2013). *Medicinboken: orsak, symtom, diagnostik, behandling*. (5., [rev.] uppl.) Stockholm: Liber.
- Harkness, K., Spaling, M. A., Currie, K., Strachan, P. H., & Clark, A. M. (2015). A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 121-135.
- Holst, M. (2008) *Self-care behaviour and daily life experiences in patients with chronic heart failure*. Doktorsavhandling, Malmö University, Faculty of health and Society. Hämtad från <http://swepub.kb.se/bib/swepub:oai.dspace.mah.se:2043/6101>
- Hwang, S. L., Liao, W. C., & Huang, T. Y. (2014). Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(4), 290-298.
- International council of nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev. Utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <http://www.swenurse.se/>
- Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidorn, J., & Schneider, N. (2015). Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life. *BMC Geriatrics*, 15(1) 1-11. doi:10.1186/s12877-015-0124-y
- Kutzleb, J., & Reiner, D. (2006). The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(3), 116-123
- Kristensson, J. (2014) *Handbok i uppsattsskivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.
- Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag, O., & Dassen, T. (2015). Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure—a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 24(11-12), 1643-1655.
- Lee, C. S., Mudd, J. O., Hiatt, S. O., Gelow, J. M., Chien, C., & Riegel, B. (2015). Trajectories of heart failure self-care management and changes in quality of life. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 14(6), 486-494. doi:10.1177/1474515114541730
- McMurray, J., Adamopoulos, S., Anker, S., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., & ... Schwitler, J. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Journal Of Heart Failure*, 14(8), 803-869. doi:eurjhf/hfs105
- Nahlén Bose, C. (2015). *Coping and emotional well-being in patients with chronic heart failure*. Diss. (sammanfattning) Stockholm : Karolinska Institutet, 2015. Stockholm

- Näsström, L. M., Idvall, E. A. C., & Strömberg, A. E. (2015). Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations*, 18(5), 1384-1396.
- Pérez-García, A., Oliván, S., & Bover, R. (2014). Subjective Well-being in Heart Failure Patients: Influence of Coping and Depressive Symptoms. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 21(2), 258-265. doi:10.1007/s12529-013-9311-4
- Piamjariyakul, U., Smith, C. E., Werkowitch, M., & Elyachar, A. (2012). Part I: heart failure home management: patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives. *Applied nursing research*, 25(4), 239-245.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Quittan, M., Wiesinger, G. F., Crevenna, R., Nuhr, M. J., Posch, M., Hülsmann, M., ... & Fialka-Moser, V. (2001). Cross-cultural adaptation of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire for German-speaking patients. *Journal of rehabilitation medicine*, 33(4), 182-186.
- Riegel, B., Dickson, V., Cameron, J., Johnson, J., Bunker, S., Page, K., & Worrall-Carter, L. (2010). Symptom recognition in elders with heart failure. *Journal Of Nursing Scholarship*, 42(1), 92-100. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01333.x
- Renpenning, K.M. & Taylor, S.G. (red.) (2003). *Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Pub.
- Rosén, M. (2012) Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson(Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 432, s 437-439). Lund: Studentlitteratur.
- Scherb, C., Head, B., Maas, M., Swanson, E., Moorhead, S., Reed, D., & ... Kozel, M. (2011). Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure: part 1. *International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications*, 22(1), 13-22. doi:10.1111/j.1744-618X.2010.01164.x
- Seto, E., Leonard, K. J., Cafazzo, J. A., Masino, C., Barnsley, J., & Ross, H. J. (2011). Self-care and Quality of Life of Heart Failure Patients at a Multidisciplinary Heart Function Clinic. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 26(5), 377-385. doi:10.1097/JCN.0b013e31820612b8
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2 maj, 2016, [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 2 maj, 2016, från [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Simões Da Silva Lessa, Q. C., de Meneses Frossard, J., Silva dos Santos, F. A., de Carvalho Queluci, G., da Silva Correia, D. M., & Dantas Cavalcanti, A. C. (2016). Nursing actions for patients with heart failure: an integrative review. *Revista De Pesquisa: Cuidado E Fundamental*, 8(2), 4587-4600. doi:10.9789/2175-5361.2016.v8i2

Small, N., Barnes, S., Gott, M., Payne, S., Parker, C., Seamark, D., & Gariballa, S. (2009). Dying, death and bereavement: a qualitative study of the views of carers of people with heart failure in the UK. *BMC Palliative Care*, 8(1), 6. doi:10.1186/1472-684X-8-6

Stull, D. E., Starling, R., Haas, G., & Young, J. B. (1999). Becoming a patient with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 28(4), 284-292.

Tung, H. H., Lin, C. Y., Chen, K. Y., Chang, C. J., Lin, Y. P., & Chou, C. H. (2013). Self-Management Intervention to Improve Self-Care and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Congestive Heart Failure*, 19(4), E9-E16.

Wikström, G., (2014). *Hjärtsvikt- fysiologi, diagnostik, behandling och omvårdnad*. (1:a uppl.). Lund studentlitteratur.

Willman, A., Stolz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wingham, J., Harding, G., Britten, N., & Dalal, H. (2014). Heart failure patients' attitudes, beliefs, expectations and experiences of self-management strategies: A qualitative synthesis. *Chronic Illness*, 10(2), 135-154. doi:10.1177/1742395313502993

Yamokoski, L. M., Hasselblad, V., Moser, D. K., Binanay, C., Conway, G. A., Glotzer, J. M., ... & Leier, C. V. (2007). Prediction of rehospitalization and death in severe heart failure by physicians and nurses of the ESCAPE trial. *Journal of cardiac failure*, 13(1), 8-13.

## BILAGA A

**Tabell 1.** Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfälligt resultatredovisning.

I

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

## BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Arredondo-Holguin, E., Gázquez, M. & Urrego, L. 2012 Columbia	Improvement of self-care behaviors after a nursing education intervention with patients with heart failure.	Syfte var att se skillnaden på egenvårdsförmågan efter en sjuksköterska ledd patientutbildning.	En enkät studie som genomfördes två gånger. En gång innan utbildning och en gång efter. Patienter skulle vara över 30 år, hjärtsviktsgrad NYHA I-III och inte vara i den terminala fasen.	<b>n=29</b> <b>(-0)</b>	Det var en signifikant ökning på användningen av egenvård efter utbildningen. Deltagarna hade ett mer positivt resultat efter utbildningen. Resultatet berör fler områden. Livsändringar relaterat till sjukdomen samt användning av egenvården gick upp och det var en större förståelse för varför egenvården var viktig för det dagliga livet.	<b>P</b> <b>II</b>
Dickson, V., Deatrick, J. & Riegel, B. 2008 USA	A typology of heart failure self-care management in non-elders.	Att undersöka hur attityden, det kognitiva och förtroende bidrar till egenvårdsförmågan i samband med hjärtsvikt.	En mix metod studie med intervju och enkätfrågor. Patienter i denna studie skulle vara mellan 18- 65 år, upptäckt hjärtsvikt symtom (NYHA II-III) de sista tre månader innan studie började och kunde kommunicera på engelska. Denna studie rekryterade specifikt yngre individer. Intervju handlande om deras attityd och upplevelse av egenvård. 1000 sidor transkriberades och tema upptäckes. Analys genomfördes med hjälp av SPSS software.	<b>n=41</b> <b>(-0)</b>	Det var statistiskt signifikant skillnaden mellan deltagarna beroende av deras erfarenhet till deras attityd, kognitiva sätt och förtroende. Gruppen med erfarenhet har en bra förmåga till sin egenvård, vilket var något som nybörjarna saknade. Förtroende till egenvård och positiva attityder passade med deras beteende. Den största gruppen var de inkonsekventa som uppvisade dålig attityd, dålig förtroende och dålig fysiskt funktion.	<b>P/K</b> <b>I</b>

### II

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (totalt)	Resultat	Typ Kvalitet
Dickson, V., Mc Cauley, L., & Riegel, B. 2016 USA	Work.-heart balance The influence of biobehavioral on self-care among employees with heart failure	Syftet är at undersöka hur attityd, tron på den egna förmågan, fysisk förmåga inverkar på egenvården hos anställda med hjärtsvikt.	Metoden var en mixad metod med en kvalitativ och en kvantitativ del. Deltagare valdes ut som hade dokumenterad hjärtsvikt sedan minst tre månader, var mellan 18-65 år, hade varit anställda de senaste två åren och kunde prata engelska. Intervjuer och standar instrument som mätte egenvården användes till datainsamlingen. 1000 sidor transkriberades och en innehållsanalys användes där nyckel ord hittades. Analys genomfördes med hjälp av SPSS software.	<b>n=41 (0)</b>	Genom att hitta strategier för sin egenvård kan personer med hjärtsvikt fortsätta att arbeta. Genom att planera sin egenvård under arbetsdagen och anpassa sitt arbete genom t.ex. att arbeta hemifrån kan egenvården skötas. Kost och medicinering är två egenvårdsområden som kan vara problematiske under arbetsdagen.	<b>K/P I</b>
Enc, N., Ygit, Z. & Altiok, M. 2010 Turkiet	Effects of education on self-care behavior and quality of life in patients with chronic heart failure	Syftet är att undersöka utbildnings terapimodeller av egenvård och livskvalitet hos patienter.	Experimentell studie där patientgruppen var sin egen kontrollgrupp. Utvärderingar gjordes i början av studien, efter tre månader och efter åtta månader. Urvalet bestod av patienter med hjärtsvikt som var utskrivna eller hospitaliserade, som haft hjärtsvikts diagnos i minst ett år, ålder mellan 40-75 år, och som gett sitt samtycke till att delta i studien. Personer med en bakgrund med njursvikt eller annan hjärtsjukdom exkluderades. Informationen samlades in genom intervjuer vid de tre tillfällens. Information om patienters hälsotillstånd användes också. Statistisk analys utfördes med en procentuträkning som jämfördes vid de olika tillfällena	<b>n=35 (-9)</b>	Deltagarna skattar sin livskvalitet högre än innan de deltagit i utbildning om egenvård. Studien visar att egenvården blev bättre och då ökade även livskvaliteten.	<b>P II</b>

### III

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitetet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.



<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare (bortfall)</b>	<b>Resultat</b>	<b>Typ Kvalitet</b>
Falk, S., Wahn, A.K. & Lidell, E. 2006 Sverige	Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study.	Att beskriva hur kroniska hjärtsjuka personer upplever upprätthållningen av deras dagliga liv.	Kvalitativ studie. Diagnosen hjärtsvikt med NYHA III-IV, kommunisera på svenska och förmåga att kunna delta i studien. En semi-strukturerat intervju teknik med öppna frågor används. Intervjun analyseras och delas in i 14 subgrupper och sen fem grupper.	<b>n=17 (-0)</b>	Resultaten kommer fram till att hjärtsviktssjuka personer upplever och hur de ändra på deras vardag, följer deras egenvård rutiner, upplever att vara med i det sociala livet kring dem. Det beskrivs hur genom citat i från flera individer hur deras livssituation ser ut. Detta kommer också in på egenvården och hur flera personer kan uppleva att det är ett måste samt att de kanske inte förstår varför de t.ex. registrera deras vätskeintag. Samtidigt finns det beskrivningar om hur vårdtagarna vet om deras begränsningar och lever ut ifrån detta.	<b>K II</b>
Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M. & Cowie, M. 2013 UK	Illness perception, self-care behavior and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey	Beskriva sambandet av hjärtsviktspatienters uppfattning av sin sjukdom och hur de utför sin egenvård efter utskrivning.	Prospektiv longitudinell studie Personer över 18 år, engelsk talande, ej palliativa patienter. Fyra Frågeformulär användes.	<b>n=88 (-38)</b>	Många personer tror inte att de kan påverka sin sjukdomssituation. Självförtroendet till egenvården var lågt hos de personer som var känslomässigt påverkade negativt av sin sjukdom, medan de som hade god sjukdomsinsikt hade ett bättre självförtroende till sin egenvård.	<b>P I</b>

IV

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Kessing, D., Denollet, J., Widdershoven, J. & Kupper, N. 2016 Nederländerna	Fatigue and self-care in patients with chronic heart failure	Denna studie syftade på att undersöka om fysiskt utmattnings och mental utmattnings är associerat med egenvård hos patienter med kroniskt hjärtsvikt.	En enkätstudie som är utvecklade ifrån datan från två observationella prospektiva studier. Patienterna är rekryterade från fyra holländska sjukhus. Diagnosen hjärtsvikt med LVEF under eller lik med 40 %, 80 år eller yngre, stabil med hjärtsviktmedicin och kunde förstå och kommunicera på holländska.	<b>n=545</b> <b>(-136)</b> <b>409</b> <b>(-208)</b>	Mental trötthet var signifikant associerat med dålig egenvård. Dåliga egenvården var också signifikant när patienten inte hade någon partner, högre BMI. Manligt kön samt låg utbildningsnivå var signifikant associerat med dålig egenvård. Fysisk trötthet och dålig sömn hade inte en påverkan på egenvården men påverkade förmågan att fråga om hjälp hos patienterna.	<b>P</b> <b>I</b>
Kutzleb, J. & Reiner, D. 2006 USA	The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure	Denna studie syftade till att undersöka hur en sjuksköterska ledd patientutbildning inom egenvård påverkar livskvaliteten och egenförmågan.	En kvantitativ quasie experimentell studie med en kontrollgrupp och en experimentgrupp. Engelsktalande, hjärtsvikt som primär diagnos Analyseras genom QOL instrument samt hälsokontroll vid varje besök.	<b>n=23</b> <b>(-0)</b>	Det framgår att 80 procent av kontrollgruppen (KG) har dålig compliance med deras mediciner. 84 procent av experimentgruppen (EG) och 40 procent av KG rör sig fysisk veckovis. Det finns ingen signifikant skillnad för egenförmågan. Livskvalitet ökade för båda grupper var det signifikant större hos EG. Studien visar ett samband mellan livskvalitet och egenförmågan.	<b>CCT</b> <b>II</b>

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Köberich S, Lohrmann C, Mittag O, Dassen T. 2015 Tyskland	Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure - a randomised controlled trial	Utvärdera hur patientutbildning med uppföljande telefonrådgivning påverkar livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt.	Randomiserad kontrollerad studie. Hjärtsviktpatienter med klass II-IV funktion enligt NYHA. Orienterade personer över 18 år. Flera olika skattningsinstrument användes och all datainsamling skedde på sjukhus eller patientklinik. Analysen gjordes med ett syfte att behandla	<b>n=128 (-18)</b>	Egenvården förbättrades i interventionsgruppen. Patienternas psykiska och fysiska begränsningar förbättrades något i interventionsgruppen, dock så var resultatet inte signifikant.	<b>RCT II</b>
Näsström, L. M., Idvall, E. A., & Strömberg, A. E. 2013 Sverige	Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care	Hur hjärtsvikt patienter som får strukturerad hemsjukvård beskriver sitt deltagande i vården.	Kvalitativ studie. Hjärtsviktpatienter som får hemsjukvård från fyra olika vårdgivare enligt "The heart failure at home model", Svensktalande och personer över 18 år. Intervjuerna utfördes i deltagarnas hem. Intervjuerna spelades in för analys. Alla tre författarna analyserade texten var för sig.	<b>n=19</b>	Patienterna upplevde att hembesöken var mindre tidspressade. Patienterna hade olika upplevelser om information.	<b>K I</b>

## VI

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Piamjariyakul U, Smith C, Werkowitch M & Elyachar A 2012 USA	Part I: Heart failure home management: patients, multidisciplinary health care professional and family caregivers' perspectives.	Syftet är att beskriva patientens, vårdteamet och närståendes perspektiv på hur involverade förbereda sig bäst på hjärtsvikt egenvård.	Denna studie använder sig av en kvalitativ deskriptiv design för att undersöka patienternas, närståendes och vårdteamets upplevelse av egenvård. Telefonkontakt och gruppdiskussioner som bestod av 8 fokusgrupper. Strukturerat intervju design beroende av vilken grupp som intervjuas. Engelsktalande och diagnos med systolisk hjärtsvikt.	n=30 (-0) n=17 (-0) n=17 (-0)	Resultatet av denna studie visar hur det dagliga livet påverkas av egenvård. Det visar också hur närstående upplever detta och hur det hanteras. Patienterna beskriver att det är viktigt med kontinuerlig utbildning då det upplevs som mycket information och därmed svårt att hantera. Studien kommer också fram till att närstående har en roll sjukdomssituationen..	<b>K II</b>
Riegel, B., Dickson, V., Cameron, J., Johnson, J., Bunker, S., Page, K. & Worral- Carter, L. 2010 USA	Symptom Recognition in Elders With Heart Failure	Syftet med denna studie var att undersöka om åldrande påverkar förmågan att uppmärksamma och förstå fysisk information relaterat till symtom.	Kross sektionell mix metod studie med en kvantitativ och kvalitativ del. Kvantitativa delen bestod av enkätfrågor för patienternas hälsotillstånd. Patienterna dela in två grupper beroende på deras ålder. Kvalitativa delen bestod av intervju som var semistrukturerat. I analysen används ett P-värde lika eller mindre än 0.10 som signifikant på grund av studiens exploratoriska natur.	n=40 (-11) n=29 (-2)	Yngre personer kan snabbare upptäcka små förändringar i sin hjärtsvikt och ser samband mellan olika symtom och försämring av hjärtsvikt. Äldre personer har svårare att göra dessa kopplingar själva utan att kontakta sjukvården	<b>P/K II</b>

## VII

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare (bortfall)</b>	<b>Resultat</b>	<b>Typ Kvalitet</b>
Seto, E., Leonard, K., Caffazo, J., Masino, C., Barnsley, J. & Ross, H. 2011 Kanada	Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic	Syftet är att undersöka egenvården och livskvaliteten hos patienter som närvarade på en funktionsklinik för hjärtat samt undersöka sambandet mellan egenvård och livskvalitet	En mixad metod användes i studien. Urvalet bestod av patienter diagnostiserade med hjärtsvikt, äldre än 18 år, personer som kan tala och läsa engelska, ha en förväntad livslängd på mer än 1 år, och ha en vänstersidig ventrikel ejektionsfraktion på minst 40 %. Deltagarna fick svara på ett frågeformulär i hemmet som sedan skickades tillbaka med post. Analys gjordes med en innehållsanalys, där nyckelord hittades och de 2 forskarna identifierade och diskuterade dessa tillsammans.	<b>n=94 (-6)</b>	Identifierar olika faktorer som hög ålder, ett aktivt arbetsliv, hög funktionsförmåga och avsaknad av andrasjukdomar, vilka bidrar till en bättre egenvård. Högt självförtroende gällande sin egenvård bidrar till en högre livskvalitet. Hinder för egenvården kan vara brist på utbildning och låg självkänsla om egenvården	<b>P I</b>
Stamp, K., Dunbar, S., Clack, P., Reilly, C., Gary, R., Higgins, M. & Ryan, R. 2016 USA	Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure	Syftet var att undersöka motivering och självförtroende hur det var relaterat till egenvården samt om motivationen och självförtroendet till egenvården kunde förbättras genom en familje-relation utbildning tillsammans med en familjemedlem	Interventionsstudie med tre grupper som var randomiserat. Varje grupp bestod av en patient med en familjemedlem. En grupp fick vanlig vård, andra gruppen fick vanlig vård och patientutbildning och tredje gruppen fick det samma som de två andra plus familj medlemmar fick utbildning kring motivation. Patienten skulle ha hjärtsvikt NYHA II-III, 30-79 år, kommunisera på engelska och en närstående som ville vara med. 3 enkäter används	<b>n=117 (-32)</b>	På resultatet av denna studie ses i signifikant förbättring på självförtroende familjeutbildningsgruppen när det var i samband med medicineringen. Här ses också en förbättring på självförtroende relaterat till dieten. Egen motivation hade en signifikant ökning för familjeutbildningsgruppen. Genom att utbilda familjemedlemmar på hur de ska motivera patienten kan motivationen till egenvården i det dagliga livet öka.	<b>RCT I</b>

### VIII

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare (bortfall)</b>	<b>Resultat</b>	<b>Typ Kvalitet</b>
Tung, H. H., Lin, C. Y., Chen, K. Y., Chang, C. J., Lin, Y. P., & Chou, C. H. (2013). Taiwan	Management Intervention to Improve Self-Care and Quality of Life in Heart Failure Patients	Syftet var att kontrollera egenvårdsförmågan i samband med livskvalitet hos patienter med hjärtsvikt i Taiwan	Singel-blind med kontrollgrupp och en experimentalgrupp. Hjärtsvikt i över 6 månader, vänstre ventrikel med EF under 50 %, diagnos med NYHA I,II eller III, över 18 år, möjlighet att kommunisera och ingen större operation inom de sista 6 månader. 3 frågeformulär	<b>n=88 (-6)</b>	Signifikant förändring mellan grunden och 2 månader efter utbildningen för egenvårdsförmåga och egenvårdskvalitet mellan kontrollgruppen och experimentalgruppen. Experimentalgruppen hade uppnått bättre egenvårdsförmåga och kvalitet samt bättre livskvalitet. Det var ingen skillnad mellan grupperna när det kom till förändring kring självförtroende.	<b>RCT/CCT II</b>