



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Påverkan av egenvårdsåtgärder på livskvalitet hos personer med hjärtsjukdom

Beskrivande litteraturstudie

Isabell Sverin & Lena Åslin

2016

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap

Handledare: Ann-Sofi Östlund
Examinator: Ingela Enmarker

Sammanfattning

Bakgrund: Egenvård innebar att vidta åtgärder så sjukdomen inte förvärrades eller för att tidigt upptäcka försämring. Hjärtsjukdom innebar förändringar i hjärtat eller dess blodkärl, som kunde vara till exempel sjukdomar som hjärtsvikt och kranskärlsjukdom. I Sverige minskade insjuknandet i hjärtsjukdom men inte dödligheten vilket gjorde patienter med hjärtsjukdom till en patientgrupp som ökade. Livskvalitet sågs som ett subjektivt begrepp som förändrades över tid trots att det fanns många vedertagna instrument för att mäta livskvalité.

Syfte: Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur egenvårdsåtgärder påverkar livskvaliteten hos personer med hjärtsjukdom, samt beskriva vilken urvalsmetod de valda artiklarna använt sig av.

Metod: I databaserna Cinahl och MEDLINE via Pubmed hittades 13 kvantitativa studier som utgjorde resultatet för denna beskrivande litteraturstudie.

Huvudresultat: Resultatet visade att vid interventioner av teknologi sågs signifikant förbättring av den skattade livskvaliteten i en av tre studier. Vid interventioner i form av utbildningsprogram skattades tre av fem studier livskvaliteten signifikant förbättrad. Vid fysisk aktivitet som intervention sågs signifikant förbättring av den skattade livskvaliteten i en av två studier. Vid psykologiska interventioner skattades livskvaliteten signifikant förbättrad i två av två studier. I en jämförande studie skattade de deltagare som använde sig av egenvård sin livskvalité bättre än deltagarna som inte använde sig av egenvård.

Slutsats: Resultatet visade ingen konsensus gällande hur egenvårdsåtgärder påverkade livskvaliteten hos personer med hjärtsjukdom, vissa faktorer som relationen och tid kunde vara av betydelse. Mer forskning inom detta område krävs.

Nyckelord: Egenvård, hjärtsjukdom, livskvalitet.

Abstract

Background: Self-care means taking actions so the disease does not get worse or to enable early detection of deterioration. Heart disease involves changes in the heart or its blood vessels, for example diseases as heart failure and/or coronary artery disease. In Sweden the onset in heart diseases decreases but not the mortality, making patients with heart diseases increasing. Quality of life is seen as a subjective concept that changes over time, even though there are many accepted instruments to measure quality of life.

Aim: The aim of this study was to describe how self-care affects quality of life in people with heart disease, and also to describe the sampling-methods used in the different studies.

Method: In the databases CINAHL and MEDLINE by PubMed 13 quantitative studies was found which represented the result of this descriptive literature study.

Main Results: The results showed that one of three studies in intervention of technology showed a significant improvement in the estimated quality of life. Studies including interventions of education programs three out of five studies estimated significant improvement of quality of life. Interventions with physical activity showed that one out of two studies reported significant improvement in self-reported quality of life. In psychological interventions, quality of life significantly improved in two of two studies. In a comparative study the participants who used the self-care estimated their quality of life to be better than participants who did not use the self-care.

Conclusion: The results showed no consensus regarding how self-care measures affects quality of life in persons with heart disease, certain factors such as relationship and the time passed can be of importance. More research in this area is required.

Keywords: Heart disease, self-care, quality of life.

Innehåll

1. Introduktion	1
1.1 Egenvård	1
1.2 Hjärtsjukdom	1
1.3 Livskvalitet	2
1.4 Sjuksköterskans roll i egenvården	3
1.5 Dorothea Orems teori om egenvård	4
1.6 Problemformulering	4
1.7 Syfte och frågeställning	5
2. Metod	6
2.1 Design	6
2.2 Sökstrategi	6
2.3 Urvalskriterier	7
2.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar	7
2.5 Dataanalys	8
2.6 Forskningsetiska överväganden	8
3. Resultat	10
3.1 Teknologi interventioner	10
3.2 Interventioner i form av utbildningsprogram	10
3.3 Interventioner i form av fysisk aktivitet	12
3.4 Psykologiska interventioner	13
3.5 Livsstilsförändringar	14
3.6 Urvalsmetoder	14
4. Diskussion	16
4.1 Huvudresultat	16
4.2 Resultatdiskussion	16
4.2.1 Urvalsmetod	19
4.3 Metoddiskussion	21
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad	22
4.5 Förslag för till fortsatt forskning	22
4.6 Slutsats	23
5. Referenser	24
Bilaga 1	

1. Introduktion

1.1 Egenvård

Socialstyrelsen (2013) definierar egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en person bedöms klara av att genomföra på egen hand eller genom hjälp av andra. Bedömningen, planeringen och uppföljningen av egenvården görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen 2013). Egenvård innebär att vidta åtgärder för att undvika att sjukdomen förvärras eller att i tidigt stadium upptäcka signaler på försämring. Egenvårdsåtgärder för en patient innefattar god kunskap om sjukdomen, intag av ordinerat läkemedel, god följsamhet, övervakning av försämringssymtom, vidta relevanta åtgärder vid försämring och nödvändiga livsstilsförändringar. För att kunna genomföra egenvård krävs motivation, rätt attityd, hälsouppfattning och en vilja till förändring (Strömberg 2009). Att ha god egenvård innebär att det finns en god social support, där vänner och familj uppmuntrar till den egna förmågan att självständigt sköta sin kost, motion och ta sina mediciner (Woda, Belknap, Haglund, Sebern & Lawrence 2015). Det psykosociala stödet kunde påverka egenvården positivt genom hjälp med olika egenvårdsåtgärder till exempel påminnelse om läkemedel. Brist på stöd eller familj som inte stöttar i egenvården kan hindra patientens följsamhet till behandlingen (Schulman-Green, Jaser, Park & Whittmore 2016). Enligt en studie av Mead, Andres, Ramos, Siegel och Regenstien (2010) om patienters personliga erfarenheter av att leva med en allvarlig hjärtsjukdom kände många att informationen om sjukdomen var otillräcklig och personerna förstod inte hur de skulle få in egenvårdrutiner i det dagliga livet. I en studie av Blomberg et. al. (2016) visade det sig att patienten på egen hand kunde påverka sin livssituation genom att vara förutseende inför vardagliga situationer och genom att hitta strategier som kunde förenkla vid sjukdom. Att vårdpersonal gav exempel på egenvårdsstrategier förenklade för patienten när denne behövde lära sig att bemästra vardagen (Blomberg et. al. 2016). Viktigt med egenvården var att personen blev en aktiv deltagare i sin egen vård för att främja välmående (Fernandez, Davidson, Griffiths, Juergens & Salomonson 2009).

1.2 Hjärtsjukdom

Hjärtsjukdom orsakas av förändringar i hjärtat eller förändringar i hjärtats blodkärl, detta kan antingen vara medfött eller något som personen ådragits på grund av andra

orsaker som livsstilsfaktorer. Det finns flera olika hjärtsjukdomar exempelvis hjärtsvikt, angina pectoris, kranskärllssjukdom och hjärtinfarkt. Symtomen vid hjärtsjukdom varierar beroende på vilken sjukdom det gäller, dock kan sjukdomen vara förenat med risk för plötslig död. Patienter med hjärtsjukdom behöver stöd och information för möjlighet att ansvara för sin egen vård samt för att minska risken för återinsjuknande (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011). Behandling vid hjärtsjukdom är bland annat läkemedelsbehandling, livsstilsförändringar, kranskärlskirurgi och perkutan coronar intervention (PCI). PCI är ett samlingsnamn för åtgärder som görs i kranskärnen i samband med kateterinläggning (Ericson & Ericson 2012). När patienten återvänder till hemmet var det viktigt att informationen och insatser anpassades efter individen så möjligheten fanns att utöva egenvård som fysisk aktivitet, sluta röka, kostomläggning och reducera stress (Fernandez et.al. 2009). I Sverige minskar dödligheten i vissa hjärtsjukdomar men insjuknandet minskar inte i samma takt. Detta i kombination med att befolkningen lever längre gör att fler människor lever med olika typer av hjärtsjukdomar. Det innebär att sjuksköterskan får träffa patienter med hjärtsjukdom på många platser i vården (Folkhälsorapport 2009).

1.3 Livskvalitet

Hur livskvalitet definieras och vilka delar som ingår i begreppet livskvalitet varierar.

Ofta ingår de fyra delarna:

- Fysisk hälsa, den fysiska upplevelsen exempelvis somatiska symtom.
- Mental hälsa, hur situationen upplevs. Detta varierar från psykiska sjukdomar som depression till en positiv känsla av välbefinnande.
- Social hälsa, involverar de sociala interaktionerna.
- Funktionell hälsa, här ingår både den fysiska och psykiska funktionen som beroende till andra och den sociala rollen.

Livskvalitet beskrevs som ett subjektivt begrepp och det som ingår i begreppet beror på vart i livet personen befinner sig och vilken sjukdom personen är drabbad av (Post 2014). WHO definierar begreppet livskvalitet som personers uppfattning av sin egen livssituation. Det beskrivs som ett brett koncept som innefattar fysisk hälsa, psykiskt tillstånd, sociala relationer, grad av självständighet samt personliga övertygelser i den kultur och värdesystem personen lever i. Detta i förhållande till egna mål, normer, intressen, oro och förväntningar (WHOQOL 1997). Svensk MeSH definierar livskvalité som "Ett allmänt begrepp som speglar uppfattningar om ändring och förstärkning av

livsfaktorer, det vill säga den fysiska, politiska, moraliska och sociala miljön, samt de övergripande villkoren i en människas liv ” (Svensk MeSH 2016). I en studie (Dignani, Toccaceli, Guarinoni, Petrucci & Lancia 2015) beskrevs livskvalitet som ett dynamiskt och flerdimensionellt begrepp som förändras och utvecklas i takt med sjukdomar och ger ett försämrat eller förbättrat hälsotillstånd. Det beskrevs innefatta både subjektiva och objektiva karaktärsdrag som involverade både inre och yttre faktorer (Dignani et. al. 2015).

Begreppet hälsorelaterad livskvalitet började användas under mitten av åttiotalet och innefattade enbart dimensionen hälsa, idag används begreppet hälsorelaterad livskvalitet ofta synonymt med begreppet livskvalitet (Post 2014). Det finns flera vedertagna instrument för att mäta livskvalitet några vanligt förekommande är SF-36, sickness impact profile, Nottingham health profile och Quality of wellbeing scale (Garratt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick 2002). Det finns också flertalet instrument som är anpassade efter olika typer av tillstånd och sjukdomar. Ett exempel är Minnesota Living with Heart Failure (MLHF) questionarie som anpassats för att skatta livskvalitet hos patienter med hjärtsvikt där låga poäng tyder på hög livskvalitet (Gierlaszyńska, Pudlo, Jaworska, Byrczek-Godula & Gąsior 2016). Hjärtsjukdom påverkar patienter både fysiskt, psykiskt och socialt vilket kan påverka patientens livskvalitet negativt (Strömberg 2009). I en studie av Olanso-Lizarraga, Oroviogicoechea, Errasti-Ibarrano och Saracibar-Razquin (2016) beskrevs att människor med hjärtsvikt upplevde olika effekter på livskvaliteten av sjukdomen men alla människor upplevde att hjärtsvikt på ett eller annat sätt påverkade de olika dimensionerna av livskvalitet.

1.4 Sjuksköterskans roll i egenvården

I vården av patienter med hjärtsjukdom är det viktigt som sjuksköterska att främja patientens egenvård, detta innebär att informera, stötta och handleda patienter i hur de skall hantera sin vardag samt stötta patienten i de livsstilsförändringar som är nödvändiga (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011). Sjuksköterskan behöver klara av att arbeta preventivt genom att göra bedömningar av patientens sjukdomsstatus för att motarbeta försämring av sjukdomen eller komplikationer (Hajbaghery, Maghaminejad, & Abassi 2013). Enligt en studie av Wilkinson, Whitehead och Crowe (2016) på sjuksköterskor som arbetade med patienter med långvarig sjukdom angav alla deltagare att främjande av egenvård som en del i deras sjuksköterskeroll. De beskrev den personliga relationen som viktig både för att främja egenvård och för att arbeta mot mål

i egenvårdsprocessen. De ansåg att sjuksköterskan hade en nyckelroll i egenvården genom att se helheten där det ingick att identifiera hinder för att genomföra egenvård (Wilkinson, Whitehead och Crowe 2016). Patienter med kronisk sjukdom beskrev att en god relation med vårdgivaren underlättade egenvården, det var viktigt med en bra kommunikation och att sjuksköterskan använde ett språk som patienterna förstod och inte skyndade igenom informationen. Det beskrevs som viktigt att vårdgivaren var kompetent och empatisk för att patienten skulle följa rekommendationerna i egenvård (Schulman-Green et. al. 2016).

1.5 Dorothea Orems teori om egenvård

Dorothea Orems teori om egenvård beskriver vad en person behöver göra för att uppnå tillfrisknande, samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att uppfylla dessa krav. Omvårdnad bör ske utifrån en vilja att främja patientens förmåga till att själv sköta om och hantera sitt tillstånd utifrån sina naturliga resurser. I Orems omvårdnadsteori beskrivs termen egenvård som den vård personen själv kan utföra när denne nått ett tillstånd av mognad som gör det möjligt för konsekventa, kontrollerande, effektiva och målmedvetna åtgärder. Människor har en naturlig förmåga till egenvård och sjukvården bör fokusera på att identifiera dessa områden (Orem & Taylor 2011). Enligt Orems teori (O'Shaughnessy 2014) är sjuksköterskans uppgift att vägleda och hjälpa patienten uppnå tillfrisknande genom att undervisa och hjälpa patienten hitta sina inre resurser. Patientutbildning enligt Orems teori (Berbiglia & Banfield 2010) innebär att sjuksköterskan ger information, guidar och utbildar patienten om sjukdom och hur den kan hanteras. Detta betyder att sjuksköterskan kompenserar det patienten behöver utan att för den delen frånta patientens förmåga att agera på egen hand

1.6 Problemformulering

Patienter med hjärtsjukdom lever med en risk för att drabbas av plötslig död och egenvårdsåtgärder är en del av behandlingen vid hjärtsjukdom. Egenvård skall hjälpa patienten att lättare klara av sin vardag samt göra de livsstilsförändringar som är nödvändiga. Sjuksköterskan skall främja och stödja egenvård hos patienter med hjärtsjukdom. Tidigare forskning visar att personer med hjärtsjukdom hade svårt att få in egenvård i det dagliga livet och att hjärtsjukdom kan påverka livskvaliteten. Det psykosociala stödet kan påverka egenvården och vid hjärtsjukdom kan det underlätta för personerna om de lär sig hitta strategier som kan förenkla livet med sjukdomen. Ingen

sammanfattning av hur egenvårdsåtgärder kan påverka livskvaliteten hos patienter med hjärtsjukdoms har enligt författarnas kännedom nyligen gjorts. Då det ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter att främja egenvård och patienter med hjärtsjukdoms livskvalitet påverkas av sjukdomen kan en ny sammanfattning hjälpa sjuksköterskor att få en ökad förståelse för egenvårdsåtgärders betydelse på livskvaliteten hos patienter med hjärtsjukdom.

1.7 Syfte och frågeställning

Syftet med examensarbetet var att beskriva hur egenvårdsåtgärder påverkar livskvaliteten hos personer med hjärtsjukdom.

Syftet var även att beskriva valda artiklars urvalsmetoder.

Frågeställning

Hur påverkades livskvaliteten hos personer med hjärtsjukdom av egenvårdsåtgärder?

Vilka urvalsmetod hade de valda artiklarna använt sig av?

2. Metod

2.1 Design

Designen för denna föreliggande studie var en beskrivande litteratur studie. Enligt Polit och Beck (2012) sammanfattar en litteraturstudie den kunskap som finns inom ett forskningsproblem.

2.2 Sökstrategi

Enligt Polit och Beck (2012) är Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Medical Literature On-Line (MEDLINE) två användbara databaser för att söka omvårdnadsforskning. Via websidan PubMed ges tillgång till MEDLINE. Databaserna MEDLINE via PubMed och Cinahl valdes för sökningar. De sökord som användes vid sökningarna i databaserna var "Heart Diseases", "Self Care" och "Quality of Life" samt dessa ord i kombinationer. Vid de kombinerade sökningarna användes den booleska sökoperatören AND mellan sökorden. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) kan den booleska sökoperatören AND användas för att förena sökningen när flera sökord skall kombineras. I sökningarna hämtades sökorden ur databasernas "Thesaurus", uppslagsverk för att definiera sökorden så att dessa överensstämmer med syftet på examensarbetet (Willman, Stoltz och Bahtsevani 2011). I databasen MEDLINE användes MeSH termer och i databasen Cinahl användes Cinahl headings. MeSh termer och Cinahl headings stämmer överens med varandras definitioner i många fall men kan dock skilja sig åt vid vissa tillfällen (Polit & Beck 2012).

Begränsningarna som gjordes i båda databaserna var 10 år samt engelska. I databasen Cinahl användes även begränsningen peer reviewed vilket inte finns som ett valbart alternativ i databasen MEDLINE. Enligt Polit och Beck (2012) kan en avancerad sökning med begränsningar i databaser minska antalet träffar för att göra antalet träffar mer hanterbart.

Tabell 1. Sökstrategi visande dom sökningar där artiklar valdes ut.

Databas	Begränsningar (limits) sökdatum	Söktermer	Antal träffar	Antal artiklar lästa i sin helhet	Valda
Cinahl	10 år, engelska, peer reviewed 2016-09-01	MH "Heart Diseases+" AND MH "Self Care"	106	11	8

		AND MH "Quality of Life"			
MEDLINE	10 år, engelska 2016-09-07	"Heart Diseases" (Mesh) AND "Self Care" (Mesh) AND "Quality of Life" (Mesh)	154	9	5
			260	20	Totalt 13

MH = major headnings.

Enligt Polit och Beck (2012) är det viktigt att dokumentera handlingarna vid sökningen vid en litteraturstudie för att få en effektiv sökning och för att göra det möjligt att återskapa sökningen.

2.3 Urvalskriterier

Inklusionskriterier var att artikeln skulle svara på syftet och att artikeln skulle vara en vetenskaplig empirisk studie. Enligt Polit och Beck (2012) är de viktigaste informationen vid litteraturstudier primärkällor. Exklusionskriterier var artiklar som handlade om barn, litteraturstudier, artiklar som ej var tillgängliga i fulltext och pilotstudier.

2.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar

Vid de första sökningarna på databaserna Cinahl och MEDLINE gavs initialt för många träffar. När sökorden kombineras gav detta slutligen 260 möjliga artiklar från databaserna Cinahl och MEDLINE. Av de 260 möjliga artiklarna i databaserna lästes titlarna samt abstrakten. Det resulterade i att 240 artiklar valdes bort på grund av att de inte svarade på syftet, inte var fullständiga vetenskapliga studier, var litteraturstudier, handlade om andra sjukdomar, att artikeln inte var tillgänglig i fulltext samt de artiklar som var pilotstudier. Två artiklar var dubletter från sökningarna i de båda databaserna och valdes därmed bort. Detta gav totalt 20 möjliga artiklar från databaserna. De 20 artiklar som återstod efter skrevs ut och lästes av båda författarna till föreliggande litteraturstudie, efter detta diskuterades vilka artiklar som ansågs svara på syftet. Detta resulterade i att ytterligare sju artiklar uteslöts. Då återstod 13 artiklar som användes till resultatet, se figur 1. Enligt Polit och Beck (2012) bör träffarna vid en sökning granskas exempelvis för att veta att det finns tillgång till en artikel.



Figur 1. Urvalsprocess

2.5 Dataanalys

De tretton valda artiklarna skrevs ut i två exemplar, ett exemplar till vardera författaren av föreliggande litteraturstudie. Dessa lästes noggrant upprepande gånger. Två tabeller innehållande delar av artiklarnas metoder samt syfte och resultat konstruerades, se bilaga 1. De delar som svarade på arbetets två syften och de delar som senare fördes in i resultat- och metodtabellerna markerades med olika färgpennor. Kortare sammanfattningar av artiklarnas urvalsmetod, interventioner och resultat skapades för att upptäcka och sortera in innehållet i skillnader och likheter. Detta bildade sedan teman för hur resultatet presenterades och skapade rubrikerna teknologi interventioner, interventioner i form av utbildningsprogram, interventioner i form av fysisk aktivitet, psykologiska interventioner, livsstilsförändringar och urvalsmetod. Enligt Polit och Beck (2012) behövs det utvecklas en strategi för att förstå innehållet i det insamlade materialet. Genom att använda tabeller kommer olika aspekter av de olika studierna tydliggöras. Analysen av materialet genomförs genom att skapa teman för att se mönster i likheter och olikheter. Vid användandet av tabeller kan upptäckandet av mönster ske lättare.

2.6 Forskningsetiska överväganden

Etiska överväganden i detta examensarbete var att författarna använde sig av ett objektiva synsätt, var medvetna om regler för plagiering och följde dessa efter bästa

förmåga. Författarna för föreliggande litteraturstudie var medvetna om att innehållet skulle presenteras oavsett om utfallet var positivt eller negativt. Detta gjorde att artiklarna som presenterades i resultatet inte värderades angående vad resultatet visade utan enbart kvalitén på artikeln värderades för att undvika falsifiering av resultatet. Enligt Polit och Beck (2012) skall litteraturstudier vara så objektiva som möjligt och ingen information får utelämnas i resultatet.

3. Resultat

Resultatet består av 13 kvantitativa artiklar som presenteras under följande rubriker; teknologi interventioner, interventioner i form av utbildningsprogram, interventioner i form av fysisk aktivitet, psykologiska interventioner, livsstilsförändringar och urvalsmetod. Under rubrikerna beskrevs vad interventionerna var för att ge läsaren en förståelse för vad som genomförts i interventionsgruppen och förändringen i den skattade livskvaliteten. Den urvalsmetod som artiklarna har använt sig av presenteras under rubriken urvalsmetoder. En översikt av artiklarnas metoddelar, syfte och resultat finns i tabellform, se bilaga 1.

3.1 Teknologiska interventioner

I tre av artiklarna (Delaney et. al. 2013; Flatley Brennan et. al. 2010; Karhula et. al. 2015) fick deltagarna i interventionsgrupperna använda sig av teknologi och kontrollgrupperna fick sedvanlig vård. I två av studierna (Delaney et. al. 2013; Karhula et. al. 2015) använde sig författarna av telemonitoring i interventionerna. Via telemonitoring kunde information angående deltagarnas hälsotillstånd till exempel blodtryck och vikt sparas och skickas till servrar. I studien av Delaney et. al. (2013) skickades informationen dagligen till vårdgivaren som kontaktade deltagaren vid behov. I artikeln av Flatley Brennan et. al. (2010) användes technology enhanced practice (TEP) av deltagarna i interventionsgruppen. TEP innebar att deltagarna i interventionsgruppen via en hemsida fick olika typer av hjälp för att hantera deras sjukdom. Där fanns individanpassad information rörande bland annat information om sjukdomen och läkemedel, möjlighet att fylla i mätvärden till exempel vikt och vätskemätning och det fanns möjlighet att komma i kontakt med sjuksköterskor (Flatley Brennan et. al. 2010).

I studien av Delaney et. al. (2013) skattade deltagarna i interventionsgruppen sin livskvalitet signifikant bättre efter interventionens slut medan kontrollgruppen inte visade några signifikanta förbättringar efter studiens slut. I de andra studierna (Flatley Brennan et. al. 2010; Karhula et. al. 2015) skattade inte deltagarna i interventionsgruppen någon signifikant förbättring i sin livskvalitet efter interventionen.

3.2 Interventioner i form av utbildningsprogram

I fem artiklar (Baker et. al. 2011; Kutzeleb & Reiner 2006; Köberich, Lohrmann, Mittag & Dassen 2015; Smeulders et. al. 2010; Tung et. al. 2013) var interventionen i form av

utbildningsprogram för patienter med hjärtsjukdom. Detta kunde vara till exempel utbildning i egenvårdsbeteende, livsstilsförändringar som läkemedels- och diet compliance, följa specifika program för att se de psykosociala tillgångarna samt praktisk egenvårdsträning. I tre av dem (Kutzleb & Reiner 2006; Smeulders et. al. 2010; Tung et. al. 2013) genomfördes utbildningen av sjuksköterskor. I fyra av studierna fick kontrollgrupperna sedvanlig vård och information (Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; Smeulders et. al. 2010; Tung et. al. 2013). I en studie (Baker et. al. 2011) fick både interventionsgruppen och kontrollgruppen utbildning i egenvård. Kontrollgruppen fick en kortare utbildning i egenvård under en timme och interventionsgruppen fick en mer omfattande utbildning individuellt som innehöll mer specifika instruktioner av till exempel symtomövervakning och läkemedelsjustering. I studien av Smeulders et. al. (2010) genomförde interventionsgruppen ett sex veckors program som kallades the Chronic Disease Self-Management Programme (CDSMP). Utbildningstillfällena hölls i grupp, de var en timme i veckan och hölls av en hjärtsjuksköterska och en patient med kronisk hjärtsvikt. Deltagarna fick lära sig strategier för att öka tron på sin egen förmåga till ett förändrat beteende (Smeulders et. al. 2010). I en interventionsgrupp skapades en individuell utbildningsplan för deltagarna, utbildningen kunde handla om symtomövervakning, anpassning av läkemedel, kost och motion (Kutzleb & Reiner 2006). I studien av Köberich et. al. (2015) fick deltagarna i interventionsgruppen ett utbildningstillfälle tillsammans med närstående som innehöll information om hjärtsvikt och egenvård vid hjärtsvikt, efter utbildningstillfället fick deltagarna skriftlig information och en dagbok där de hade möjlighet att fylla i olika värden till exempel blodtryck och vikt. I studien av Tung et. al. (2012) fick deltagarna i interventionsgruppen individuell utbildning i egenvård som varade under en timme. Utbildningen skedde två gånger i veckan under totalt två veckor. Utbildningstillfällena innehöll bland annat träning i att upptäcka symtom och hantera dessa. Deltagarna fick även en bok om egenvård (Tung et. al. 2013). I fyra av studierna (Baker et. al. 2011; Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; Tung et. al. 2013) fick deltagarna i interventionsgruppen uppföljning till utbildningen via telefon. I den andra studien (Smeulders et. al. 2010) genomfördes ingen uppföljning via telefon.

Efter interventionens slut sågs en signifikant förbättring i den skattade livskvaliteten i tre av studierna (Baker et. al. 2011; Kutzleb & Reiner 2006; Tung et. al. 2013). I två av studierna (Kutzleb & Reiner 2006; Tung et. al. 2013) sågs signifikanta större förbättringar på den skattade livskvaliteten i interventionsgruppen jämfört med

kontrollgruppen men även deltagarna i kontrollgruppen skattade sin livskvalitet högre efter interventionens slut (Kutzleb & Reiner 2006; Tung et. al. 2013). Dock i studien av Kutzleb och Reiner (2006) sågs ingen signifikant förbättring i jämförelsen mellan grupperna i delen funktionell kapacitet i livskvalitet (Kutzleb & Reiner 2006). Hos deltagarna i kontrollgruppen som fått en kortare utbildning i egenvård sågs ingen förändring i den skattade livskvaliteten efter interventionens slut (Baker et. al. 2011). I två av studierna (Köberich et. al. 2015; Smeulders et. al. 2010) sågs ingen signifikant förbättring i den skattade livskvaliteten jämfört mellan de två grupperna efter interventionen. I studien av Smeulders et. al. (2010) skattade interventionsgruppen vid start signifikant lägre på den hjärtsviktsspecifika livskvaliteten än kontrollgruppen. Direkt efter interventionen sågs en liten signifikant förbättring på den hjärtsviktsspecifika livskvaliteten i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen men vid skattningarna vid sex månader och tolv månader sågs ingen signifikant skillnad mellan grupperna. I studien av Köberich et. al. (2015) skattade både interventionsgruppen och kontrollgruppen sin livskvalitet högre efter tre månader än vad de gjorde vid starten men detta var inte signifikant.

I två av studierna (Delaney et. al. 2013; Karhula et. al. 2015) där teknologi använts i interventionerna ingick det även utbildning i någon form vilket kontrollgrupperna inte fick. I den ena studien (Delaney et. al. 2013) fick deltagarna skriftlig information om hjärtsvikt och egenvård. En sjuksköterska gick sedan igenom informationen med deltagarna. I den andra studien (Karhula et. al. 2015) tilldelades deltagarna i interventionsgruppen en personlig hälso- coach som via telefon stöttade deltagarna i egenvård.

I studien av Delaney et. al. (2013) skattade deltagarna i interventionsgruppen sin livskvalitet signifikant förbättrat efter interventionens slut. I den andra (Karhula et. al. 2015) skattades ingen signifikant förbättring efter studiens slut.

3.3 Interventioner i form av fysisk aktivitet

Intervention i form av fysisk aktivitet användes i två av artiklarna (Johnson, Lim & Bowe 2009; Pullen et. al. 2010), deltagarna i interventionsgruppen utövade fysisk aktivitet utifrån ett program och kontrollgruppen fick sedvanlig information och vård. I den ena studien (Johnson, Lim & Bowe 2009) bestod den fysiska aktiviteten av ett tolvveckorsprogram med promenader, där målet var att promenera med medelhög intensitet minst tre gånger i veckan. Promenaderna genomfördes självständigt och

deltagarna uppmuntrades att föra anteckningar över den fysiska aktiviteten (Johnson, Lim & Bove 2009). Fysisk aktivitet i form av yoga användes i den andra studien (Pullen et. al. 2010) där interventionsgruppen genomfört yoga lektioner under en timme två gånger i veckan totalt sexton gånger. Deltagarna i interventionsgruppen uppmuntrades även att praktisera yoga hemma, med målet tre dagar i veckan och de fick information om de yoga positioner som de utövat under lektionen (Pullen et. al. 2010).

I studien av Johnson, Lim och Bove (2009) sågs en signifikant förbättring på den skattade livskvaliteten i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen efter sex månader men ingen signifikant skillnad fanns mellan grupperna efter tre eller tolv månader. Dock skattade kontrollgruppen sin livskvalitet signifikant bättre efter tolv månader än vad de gjorde vid start. Interventionsgruppen i den andra studien (Pullen et. al. 2010) skattade sin livskvalitet signifikant bättre efter interventionens slut medan kontrollgruppen inte visade några signifikanta förbättringar efter studiens slut.

3.4 Psykologiska interventioner

I artiklarna av Macale Cajanding (2016) och McGillion et. al. (2008) använde sig författarna av specialistutbildade sjuksköterskor som ledde deltagarna i interventionsgrupperna till att hitta egenvårdsåtgärder för att få en bättre livskvalitet. Kontrollgrupperna i studien fick sedvanlig vård. I studien av Macale Cajanding (2016) fick deltagarna i interventionsgruppen genomföra ett sjuksköterskelett KBT- program med målet att hitta egna copingstrategier, för att främja deltagarnas oberoende i egenvård. Målet med interventionen i studien av McGillion et. al. (2008) var att förbättra hälsorelaterad livskvalitet genom att öka patientens färdigheter i egenvård. Det gjordes genom att sjuksköterskan ledde deltagarna i tvåtimmars ”psychoeducation” program under en sex-veckors period.

I båda studierna (Macale Cajanding 2016; McGillion et. al. 2008) skattade deltagarna i interventionsgruppen en förbättring inom livskvalitet efter avslutad studie (Macale Cajanding 2016; McGillion et. al. 2008). I interventionsgruppen som genomgått ett ”psykoeducationprogram” sågs signifikanta förbättringar i delarna fysisk funktion och generell hälsa i Study 36-Item Short Form (SF-36) jämfört med kontrollgruppen som fått sedvanlig vård. Det sågs inga signifikanta förbättringar varken i interventionsgruppen eller kontrollgruppen i delarna fysisk roll, emotionell funktion och kroppslig smärta i SF-36 (McGillion et. al. 2008).

I studien av Smeulders et. al. (2010) där det användes intervention i form av

utbildningsprogrammet CDSMP ingick KBT i detta program. Målet med programmet var att hjälpa patienterna hitta medicinska, sociala och emotionella egenvårdsstrategier. Kontrollgruppen fick under tiden sedvanlig vård.

I studien (Smeulders et. al. 2010) sågs signifikanta skillnader i hjärtspecifik livskvalitet direkt efter interventionen men inga signifikanta skillnader efter sex och tolv månader.

3.5 Livsstilsförändringar

I en studie (Takematsu et. al. 2015) jämfördes två grupper som genomgått elektiv PCI, en grupp hade genomgått livsstilsförändringar och använde sig av egenvård gällande fysisk aktivitet och kost. Det som deltagarna utförde var jogging, cykling eller promenader minst tre gånger i veckan, under minst tjugo minuter vid varje tillfälle. De hade också genomfört kostförändringar där de minskat kaloriintaget och minskat intaget av fett och salt. De hade de senaste sex månaderna ätit tre balanserade måltider per dag. Den gruppen som de jämfördes med hade inte gjort några förändringar i sin livsstil efter operationen.

När skillnaden i den skattade livskvaliteten mellan grupperna jämfördes visade resultatet att egenvårdsgruppen som genomgått livsstilsförändring skattade signifikant bättre på delarna fysisk funktion, kroppslig smärta, generell hälsa, vitalitet och mental hälsa i SF-36. Det sågs inga signifikanta skillnader mellan grupperna på delarna fysisk roll, emotionell roll och social funktion i SF-36 (Takematsu et. al. 2015).

3.6 Urvalsmetoder

Tre av artiklarna (Johnson, Lim & Bowe 2009; Macale Cajanding 2016; Tung et. al. 2013) redovisade vilken urvalstrategi som använts. I två av artiklarna (Johnson, Lim & Bowe 2009; Tung et. al. 2013) användes bekvämlighetsurval. I artikeln av Johnson, Lim och Bowe (2009) där bekvämlighetsurval användes rekryterades deltagarna från femton olika rehabiliteringsprogram utifrån inklusionskriterierna, se bilaga 1. Deltagarna randomiserades sedan in i interventionsgruppen eller kontrollgruppen. I artikeln av Tung et. al. (2013) där bekvämlighetsurval också användes gjordes en historisk jämförelse mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen för att undvika påverkan av grupperna genom att information spreds mellan dem. Deltagare i kontrollgruppen rekryterades under fyra månader år 2010 och deltagare till interventionsgruppen under de följande fyra månaderna (Tung et. al. 2013). I artikeln av Macale Cajanding (2016)

användes ett ändamålsenligt urval där alla patienter med hjärtsvikt som varit inskrivna på sjukhus under en viss tidsperiod, som uppfyllde inklusionskriterierna och kunde ge informerat samtycke tillfrågades om deltagande i studien. Deltagarna randomiserades in i interventionsgruppen eller kontrollgruppen (Macale Cajanding 2016). Tio av artiklarna (Baker et. al. 2011; Delaney et. al. 2013; Flatly Brennan et. al. 2010; Karhula et. al. 2015; Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; McGillion et. al. 2008; Pullen et. al. 2010; Smeulders et. al. 2010; Takematsu et. al. 2015) angav ingen urvalsstrategi men beskrev i löpande text hur deltagarna valdes ut till studierna. I sju av artiklarna (Baker et. al. 2011; Delaney et. al. 2013; Flatly Brennan et. al. 2010; ; Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; Pullen et. al. 2010; Smeulders et. al. 2010) beskrevs att personer som uppfyllde artiklarna inklusions- och exlusionskriterier varit i kontakt med olika vårdplatser. I fem av artiklarna (Baker et.al 2011; Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; Pullen et. al. 2010; Smeulders et. al. 2010) var det hjärtsvikts- eller hjärtmottagningar och i två artiklar (Delaney et. al. 2013; Flatly Brennan et. al. 2010) var det från hemsjukvården. I studien av Karhula et. al. (2015) beskrevs att deltagarna valdes ut genom ett elektroniskt system som visade vilka av de boende i ett område som hade haft kontakt med sjukvården minst en gång. I en av studierna (McGillion et. al. 2008) beskrevs att de använde sig av tre olika strategier för att rekrytera deltagare från universitetssjukhus; sjukhuset identifierade möjliga deltagare, de gjorde information om studien tillgängligt på klinikernas kontor och i sjukhusens nyhetsbrev samt annonserade i tidningen för att rekrytera deltagare. I studien av Takematsu et. al. (2015) beskrevs att deltagarna hade genomgått elektiv PCI på ett hjärtcenter för 12-24 månader sedan innan studiens start. I åtta artiklar beskrivs inklusions- och exlusionskriterier, se bilaga 1 (Flatly Brennan et. al. 2010; Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; Macale Cajanding 2016; McGillion et. al. 2008; Pullen et. al. 2010; Smeulders et. al. 2010; Takematsu et. al. 2015). I fem av artiklarna beskrevs endast inklusionskriterier (Baker et. al. 2011; Delaney et. al. 2013; Johnson, Lim & Bowe 2009; Karhula et. al. 2015; Tung et. al. 2013). I tolv av artiklarna visades figurer över urvalsprocessen (Baker et. al. 2011; Delaney et. al. 2013; Flatly Brennan et. al. 2010; Johnson, Lim & Bowe 2009; Karhula et. al. 2015; Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; Macale Cajanding 2016; McGillion et. al. 2008; Smeulders et. al. 2010; Takematsu et. al. 2015; Tung et. al. 2013).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Huvudresultatet visade att i interventionerna som använt sig av teknologi sågs i en av studierna signifikant förbättring på den skattade livskvaliteten i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, i två av studierna sågs ingen förbättring på den skattade livskvaliteten i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. I studierna som använt sig av utbildningsprogram i sina interventioner skattade tre av interventionsgrupperna livskvaliteten signifikant bättre jämfört med kontrollgruppen efter interventionen. I två av studierna sågs ingen förbättring i den skattade livskvaliteten i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen efter interventionen. I interventionsgrupperna som använt sig av fysisk aktivitet blev det en signifikant förbättring av den skattade livskvaliteten i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen efter interventionen i en av studierna. I den andra studien sågs signifikant förbättring efter sex månader men inte efter studiens slut. I de psykologiska interventionerna skattade deltagarna i interventionsgruppen en förbättring på livskvalitet jämfört med kontrollgruppen efter avslutad studie. I artikeln som var en jämförande studie skattade de deltagare som använde sig av egenvård sin livskvalitet bättre än deltagarna som inte använde sig av egenvård.

Huvudresultatet för det metodologiska syftet var att i tre av artiklarna beskrevs urvalsstrategi, två av artiklarna använde sig av bekvämlighetsurval och en artikel använde sig av ändamålsenligturval. I tio av artiklarna beskrevs ingen urvalsstrategi utan det beskrevs i löpande text hur deltagarna valts ut.

4.2 Resultatdiskussion

I föreliggande studies resultat framkom att av de tre studierna som använt sig av teknologi i interventionen (Delaney et. al. 2013; Flatley Brennan et. al. 2010; Karhula et. al 2015) var det endast i en studie (Delaney et. al. 2013) där interventionsgruppen skattade sin livskvalitet signifikant bättre efter interventionen jämfört med kontrollgruppen. I den interventionen hade deltagarna i interventionsgruppen även fysiskt fått träffa en sjuksköterska och gått igenom information (Delaney et. al. 2013). Ingen fysisk träff med vårdpersonal hade skett i andra studierna som ingick i föreliggande studies resultat där de använt sig av teknologi (Flatley Brennan et. al. 2010; Karhula et. al. 2015). Författarna till föreliggande studie tror det fysiska mötet och relationen kan vara av betydelse och det var därför interventionen där de fysiskt

mött en sjuksköterska gett förbättrad livskvalitet. I en tidigare studie (White-Williams et. al. 2013) beskrevs att när sjuksköterskan gav mer stöd upplevde deltagarna i studien ökad livskvalitet och mer tillfredsställelse eftersom det påtagliga stödet fokuserar på väsentliga delar och har en konkret tidsplan. Här beskrevs även att socialt stöd gav långsiktigt högre livskvalitet. I Orems teori om egenvård beskrevs att sjuksköterskan har stor del i egenvården genom att hjälpa patienten att finna sina inre resurser för att genomföra egenvård (O'Shaughnessy 2014). Enligt Orems teori genomför individen själv egenvården men för att detta skall ske behövs utbildning och stöd och hur mycket stöd som behövs anpassas efter individen och dennes förutsättningar (Berbiglia & Banfield 2010). I en tidigare litteraturstudie (Schulman-Green et. al. 2016) beskrevs att människor med kronisk sjukdom upplevde att när vårdgivarna behandlade dem som individer och lyssnade på patienternas subjektiva upplevelse av sin sjukdom kunde detta underlätta genomförandet av egenvården. Relationen och att se egenvården som en gemensam aktivitet var också något som kunde underlätta genomförandet av egenvård (Schulman-Green et. al. 2016). Relationen har en stor betydelse för livskvalitet och i en tidigare litteraturstudie (Olano-Lizarraga et. al. 2016) beskrevs att hjärtsvikt kunde skapa en känsla av ensamhet och detta påverkade den sociala delen i livskvalitet genom att ensamheten kunde begränsa det sociala livet. Även i studien av Gallagher, Luttik & Jaarsma (2011) beskrev att deltagarna som inte hade en stödjande relation utan utövade egenvården på egen hand efter information, rapporterade en betydligt mindre användning av egenvård och en lägre livskvalitet. Deltagarna som hade många stödjande relationer upplevde högre livskvalitet eftersom de använde egenvården för att förbättra sitt mående (Gallagher, Luttik & Jaarsma 2011).

I föreliggande studies resultat där interventioner i form av utbildningsprogram använts skattades en signifikant förbättring på livskvalitet i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen i tre av studierna (Baker et. al. 2011; Kutzeleb & Reiner 2006; Tung et. al. 2013). I två av studierna sågs ingen signifikant förbättring på den skattade livskvaliteten i jämförelsen mellan grupperna (Köberich et. al. 2015; Smeulders et. al. 2010). I de studier där deltagarna skattade sin livskvalitet förbättrat jämfört med kontrollgruppen efter interventionens slut (Baker et. al. 2011; Kutzeleb & Reiner 2006; Tung et. al. 2013) var utbildningstillfällena individuella vilket de inte var i de andra studierna (Köberich et. al. 2015; Smeulders et. al. 2010). Ett utbildningstillfälle hölls tillsammans med närstående (Köberich et. al. 2015) och den andra interventionen genomfördes i grupp (Smeulders et. al. 2010). Detta anser författarna till föreliggande

litteraturstudie även här tyder på att relationen har betydelse och att det vid individuella utbildningstillfällen finns möjlighet att skapa en relation med personen som undervisar även om det bara är under ett kort möte. Detta kan kopplas till interventionerna som använt sig av teknologi där relationen verkade vara av betydelse både för utövandet av egenvård och för livskvaliteten.

I föreliggande studies resultat där interventionerna var fysisk aktivitet sågs en signifikant förbättring på den skattade livskvaliteten i interventionsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna (Johnson, Lim & Bowe 2009; Pullen et. al. 2010). Detta går att koppla till en tidigare studie (Oka, DeMarco & Haskell 1999) där det sågs samband mellan fysisk aktivitet och mentalt välbefinnande hos patienter med hjärtsjukdomar, där fysisk träning i någon form gav bättre livskvalitet. I studien där interventionen var promenader (Johnson, Lim & Bowe 2009) skattades enbart signifikant skillnad i livskvalitet vid sex månader men inte efter tre och tolv månader. Författarna till föreliggande studie tror att detta kan bero på att deltagarna fick ett tolvveckorsprogram att följa och ingen uppföljning till följsamheten efter tolvveckorsprogrammets slut gavs. Det krävs stöd och motivation för att fortsätta med egenvården, i det här fallet i form av promenader. I en tidigare litteraturstudie (Schulman-Green 2016) beskrevs att utförandet av egenvård påverkades av motivation, självdisciplin och personlig kontroll. Tron på den egna förmågan gav motivation att utföra egenvård (Schulman-Green 2016). Författarna till föreliggande litteraturstudie tror att deltagarna som använt sig av promenadprogrammet skattade sin livskvalitet högre efter sex månader att detta kan bero på att de inte varit motiverade nog att fortsätta med promenaderna och därför skattade sin livskvalitet liknade som kontrollgruppen efter tolv månader.

I föreliggande studies resultat där interventionerna var psykologiska skattades det i två studier interventionsgrupperna signifikant förbättrad livskvalitet jämfört med kontrollgruppen efter interventionens slut (Macale Cajanding 2016; McGillion et. al. 2008). Författarna till föreliggande litteraturstudie menar att arbeta med den psykologiska delen i egenvård är av stor betydelse för livskvaliteten eftersom livskvalitet är subjektiv och negativa känslor eller liten tro på den egna förmågan kan påverka livskvaliteten. För att arbeta med sina negativa känslor kan det krävas hjälp av andra. Att få hjälp med egenvårdsåtgärder kan ses i en tidigare studie av Paterson, Robertson & Nabi (2015) där beskrivs att stöd av sjuksköterskor, närstående eller anhöriga är mycket viktigt när en person drabbas av sjukdom för att förhindra depression och ge ökad livskvalitet (Paterson, Robertson & Nabi 2015). Enligt Orems

teori är det viktigt att patienten får information eller undervisning för ökad kunskap och förståelse om egenvårdsåtgärders betydelse för att nå tillfrisknande eller bättre möjligheter att leva med en kronisk sjukdom (Berbiglia & Banfield 2010).

En aspekt i föreliggande studies resultat som verkade betydelsefull var tiden. Detta sågs i en av studierna som ingick i föreliggande studies resultat där både interventionsgrupperna och kontrollgrupperna skattade förbättrad livskvalitet (Johnson, Lim & Bowe 2009) där skattade deltagarna i interventionsgruppen och kontrollgruppen förbättrad livskvalité efter studiens slut men vid jämförelsen mellan de två grupperna sågs ingen signifikant skillnad. Kontrollgrupperna förbättrade även signifikant sin livskvalitet i två av studierna (Kutzleb & Reiner 2006; Tung et. al. 2013) även om den inte förbättrades lika mycket som i interventionsgruppen. Livskvalité är en upplevelse som är i ständig förändring och detta beskrevs i en tidigare studie av Dignani et. al. (2015). Detta i kombination med att patienter enligt Blomberg et. al. (2016) behövde anpassa tillvaron efter sjukdomen gör tiden till en betydande faktor på livskvaliteten. Dock visade en tidigare studie av Guo et.al. (2015) att unga människor som haft en diabetes diagnos under längre tid inte såg förbättring på livskvalitet över tid, medan deltagarna som nyligen fått sjukdomen sågs en förbättring över tid på livskvaliteten (Guo et. al. 2015). Författarna till föreliggande studie tror att tiden är en viktig faktor för hur livskvalitet skattas hos personer med hjärtsjukdom eftersom tiden anses vara en betydande faktor i flera av studierna och acceptans av sjukdom kommer över tid.

I föreliggande studies resultat (Takematsu et. al. 2015) skattade deltagarna som använde sig av egenvårdsåtgärderna kost och motion sin livskvalitet bättre än de deltagarna som inte använde sig av egenvårdsåtgärderna kost och motion. Författarna till föreliggande litteraturstudie tror att när personen lärt sig leva med sin sjukdom betyder det samtidigt att personen använt sig av egenvård för att komma dit. Författarna tror att egenvård ökar känslan av kontroll över livet och att detta ger ökad livskvalitet med tiden.

4.2.1 Urvalsmetod

I föreliggande litteraturstudies artiklar som använts i resultatet presenterades att urvalstrategierna bekvämlighetsurval (Johnson, Lim & Bowe 2009; Tung et. al. 2013) och ändamålsenligt urval använts (Macale Cajanding 2016). Bekvämlighetsurval och ändamålsenligturval ingår i gruppen icke slumpmässigt urval. Denna grupp skapar

troligen mindre representativa undersökningsgrupper än slumpmässiga urval. Slumpmässigt urval är en grupp där det innebär att deltagare slumpmässigt väljs ut vilket ger mer representativa undersökningsgrupper. Icke slumpmässiga urval ger sällan representativa undersökningsgrupper men används oftast på grund av att de är praktiska (Polit & Beck 2012). Bekvämlighetsurval innebär att hitta lämpliga deltagare till studien på bekvämaste sätt till exempel att samla deltagare knutna till en öppenvårdsmottagning, problem som kan uppstå med bekvämlighetsurval är att deltagarna inte motsvarar den typiska populationen. Risker för bias ökar avsevärt vid användning av bekvämlighetsurval då deltagarna i dessa fall kan utse sig själva som medverkande i studien, vilket skulle kunna påverka pålitligheten i resultatet. Ändamålsenligt urval innebär att forskarna väljer passande deltagare efter vilken studie de planerat göra, denna metod ger ingen extern objektiv bedömning av urvalsstrategin men är ofta använd när forskarna vill ha ett urval inom den specifika genren (Polit & Beck 2012). I tio av artiklarna som använts i föreliggande studie (Baker et. al. 2011; Delaney et. al. 2013; Flatley Brennan et. al. 2010; Karhula et. al. 2015; Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; McGillion et. al. 2008; Pullen et. al. 2010; Smeulders et. al. 2010; Takematsu et. al. 2015) angavs ingen urvalsstrategi men en beskrivning i löpande text hur de gått tillväga för att hitta lämpliga deltagare. I föreliggande studies resultat beskrevs i sju av artiklarna (Baker et. al. 2011; Delaney et. al. 2013; Flatley Brennan et. al. 2010; Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; Pullen et. al. 2010; Smeulders et. al. 2010) att deltagare rekryteras från olika vårdinrättningar. För att bedöma om urvalsmetoden varit bra är det ideala bland annat att urvalstrategi, undersökningsgruppen och vilka inklusionskriterier som använts beskrivs. Är beskrivningen av undersökningsgruppen otillräcklig är det svårt att veta om resultatet kan användas av läsaren i den kliniska vården. I föreliggande studie beskrev åtta artiklar inklusions- och exklusionskriterier (Flatley Brennan et. al. 2010; Kutzleb & Reiner 2006; Köberich et. al. 2015; Macale Cajanding 2016; McGillion et. al. 2008; Pullen et. al. 2010; Smeulders et. al. 2010; Takematsu et. al. 2015). I fem av artiklarna beskrevs endast inklusionskriterier (Baker et. al. 2011; Delaney et. al. 2013; Johnson, Lim & Bowe 2009; Karhula et. al. 2015; Tung et. al. 2013). För att deltagarna skall vara inom den population som forskarna avser att undersöka skapas kriterier för att specificera vilka som ingår i populationen, inklusionskriterier. Kriterier kan även specificera vilka som inte ingår i populationen, exklusionskriterier. Att sätta exklusionskriterier kan vara av många olika orsaker. Det kan till exempel vara en

kostnadsfråga. Att utesluta personer som inte pratar engelska kan till exempel bero på att tolkning av information blir för kostsamt. Det är viktigt att reflektera över inklusions- och exklusionskriterier och se att dessa stämmer överens med den population som var avsedd att undersökas eftersom dessa specificerar undersökningsgruppen (Polit & Beck 2012).

4.3 Metoddiskussion

Designen för examensarbetet var en beskrivande litteraturstudie. Enligt Polit och Beck (2012) bygger litteraturstudier på tidigare forskning. Databaserna Cinahl och MEDLINE via PubMed användes för att söka vetenskapliga artiklar som svarade på arbetets syften. Dessa databaser valdes eftersom de innehåller mycket omvårdnadsforskning (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2011). För sökningar i databaserna användes endast ord som fanns i databasernas Thesaurus (ämnesordlista) vilket författarna ser som en styrka då sökorden är definierade och säkerhetsställer att sökorden stämde med det som författarna ville undersöka. Sökningarna i databaserna gjordes med begränsningen engelska vilket författarna ser som en styrka då forskning som vill nå ut till många presenteras på engelska. Att begränsningen engelska har använts kan även vara en svaghet i tolkningen och bearbetningen av artiklarna då författarna för föregående litteraturstudie har svenska som modersmål och begränsade kunskaper i det skriftliga akademiska engelska språket. Att endast empiriska vetenskapliga studier har använt som en inklusionskriterie ser författarna som en styrka då litteraturstudier enligt Polit och Beck (2012) skall baseras på empiriska studier. Ett av exklusionskriterierna vid detta arbete var pilotstudier, detta anser författarna till föregående litteraturstudie vara en styrka då pilotstudier enligt Polit och Beck (2012) är mindre studier som kan ses som ett försök innan en större studie. Sökningarna resulterade i tjugo artiklar som lästes i sin helhet av författarna, artiklarna lästes först separat av båda författarna sedan efter diskussion valdes tretton artiklar ut. Dessa lästes noggrant gemensamt av båda författarna upprepade gånger och diskuterades för att se att författarna tolkat resultatet och metoden lika. Delar som svarade på syftet markerades av båda författarna. Detta anser författarna vara en styrka då noggrann bearbetning av materialet minskade risken för feltolkningar. Enligt Polit och Beck (2012) bör man läsa artiklarna minst två gånger för möjlighet att kritiskt granska artiklar och få förståelse för innehållet. Till resultatet användes tretton artiklar utförda i nio olika länder vilket författarna till föregående litteraturstudie ser som en styrka då detta ger en

större spridning. Polit och Beck (2012) menar att med en större geografisk spridning kan det ge ett mer generaliserbart resultat.

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att beskriva hur egenvårdsåtgärder påverkar livskvaliteten hos patienter med hjärtsjukdom. Det är något som vårdpersonal behöver vara medvetna om eftersom man möter dessa patienter i alla delar i vårdkedjan och främjandet av egenvårdsåtgärder är en stor del av omvårdnadsarbetet hos människor med hjärtsjukdom. Hjärtsjukdom påverkar hela patientens liv vilket kan ge en nedsatt livskvalitet, om sjuksköterskor stöttar och hjälper patienten med egenvård har patienten större möjlighet till ett liv med ökad livskvalitet. Författarna till föreliggande litteraturstudie har därför en förhoppning att öka sjuksköterskornas medvetenhet om betydelsen av egenvårdsåtgärder hos patienter med hjärtsjukdom så dessa får den hjälp som krävs för ett kunna leva ett fortsatt gott liv. Samtidigt som sjuksköterskan behöver identifiera samband mellan egenvård, relationer, tid, compliance och dess betydelse för livskvaliteten.

4.5 Förslag för till fortsatt forskning

I föreliggande studies resultat framkom ingen konsensus hur vida någon specifik egenvårdsåtgärd påverkar personer med hjärtsjukdoms livskvalitet. Detta är ett ämne som är intressant för vidare forskning då människor med hjärtsjukdom är en ökande patientgrupp som har ett stort behov av att utöva egenvård. Att leva med hjärtsjukdom ger påverkan på livskvaliteten. Att visa vilka egenvårdsåtgärder som ökar livskvaliteten hos denna patientgrupp skulle vara betydelsefullt både för patientgruppen och för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Fortsatt forskning behövs för att hitta de egenvårdsåtgärder som är mest effektiva för att uppnå högre livskvalitet vid hjärtsjukdom så att sjuksköterskan kan främja, stötta och hjälpa patienten med dessa.

4.6 Slutsats

Att egenvårdsåtgärder kan påverka patienter med hjärtsjukdoms livskvalitet framkommer i föreliggande studies resultat men ingen konsensus gällande hur specifika egenvårdsåtgärder påverkar har visats. Men flera faktorer som relationen och tiden kan påverka hur patienter med hjärtsjukdom skattar sin livskvalitet efter att de utfört egenvårdsåtgärder. Mer forskning behövs i ämnet för att belysa hur egenvårdsåtgärder påverkar livskvaliteten hos personer med hjärtsjukdom.

5. Referenser

Referenser med en stjärna(*) ingår i föreliggande studies resultat.

*Baker, D., Dewalt, D., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Weinberger, M., Macabasco-O'connell, A., Grady, K., Holmes, G., Erman, B., Brouckson, K. & Pignone, M. (2011). The effect of Progressive, Reinforcing Telephone Education and Counseling Versus Brief Educational Intervention on Knowledge, Self-Care Behaviors and Heart Failure Symptoms. *Journal of Cardiac Failure*, 17 (10), ss. 789-796.

Berbiglia, V. A. & Banfield, B. (2010). Self-Care Deficit Theory of Nursing. I Alligood, M. R. (red.) *Nursing Theorists and their work*. Missouri: Elsevier Mosby, ss. 240-257.

Blomberg, K., Wengström, Y., Sundberg, K., Browall, M., Isaksson, A.-K., Nyman, M. H. & Langius-Eklöf, A. (2016). Symptoms and self-care strategies during and six months after radiotherapy for prostate cancer – Scoping the perspectives of patients, professionals and literature. *European Journal of oncology Nursing*, 21, ss. 139-145.

*Delaney, C., Apostolidis, B., Bartos, S., Morrison, H., Smith, L. & Fortinsky R. (2013). A Randomized Trial of Telemonitoring and Self-Care Education in Heart Failure Patients Following Home Care Discharge. *Home Health Care Management & Practice*, 25 (5), ss. 187-195.

Dignani, L., Toccaceli, A., Guarinoni, M., Petrucci, C. & Lancia, L. (2015). Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(3), ss. 201-213.

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D.-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth R. (red.) *Klinisk Omvårdnad*. Stockholm: Liber AB, ss. 207-243.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.

Fernandez, R.S., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C. & Salamonson, Y. (2009) Development of a health-related lifestyle self-management intervention for patients with coronary heart disease. *The journal of Acute & Critical Care*, 38(6), ss. 491-498.

*Flatley Brennan, P., Casper, G., Burke, L., Johnson, K., Brown, R., Valdez, R., Sebern, M., Perez, O. & Sturgeon, B. (2010). Technology-enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: Home implementation and evaluation. *Heart & Lung*, 39 (6), ss. 34-46.

Folkhälsorapport 2009. (2009) Stockholm: Socialstyrelsen
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Gallagher R., Luttik, M-L. & Jaarsma, T. (2011) Social Support and Self-care in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26 (6), ss. 439-445.

Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. & Fitzpatrick (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ: British Medical Journal / British Medical Association*, 324 (1417).

Gierlaszyńska, K., Pudło, R., Jaworska, I., Byrczek-Godula, K., & Gąsior, M. (2016). Tools for assessing quality of life in cardiology and cardiac surgery. *Kardiologia I Torakochirurgia Polska = Polish Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 13(1), ss. 78–82.

Guo, J., Whittemore, R., Jeon, S., Grey, M., Zhou, Z.-G., He, G.-P. & Luo, Z.-Q. (2015). Diabetes self-management, depressive symptoms, metabolic control and satisfaction with quality of life over time in Chinese youth with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9/10), ss. 1258-1268.

Hajbaghery, A., Maghaminejad, F. & Abassi, A. (2013) The role of continuous care in reducing readmission for patients with heart failure. *Journal of caring sciences*, 2(4), ss. 255-267.

*Johnson, N., Lim, Y. & Bowe S. (2009). Multicenter randomized controlled trial of a home walking intervention after outpatient cardiac rehabilitation on health related quality of life in women. *European society of cardiology*, 16, (5). ss. 633-637.

*Karhula, T., Vuorinen, A.-L., Rääpysjärvi, K., Pakanen, M., Itkonen, P., Tepponen, M., Junno, U.-M., Jokinen, T., van Gils, M., Lähteenmäki, J., Kohtamäki, K. & Saranummi, N. (2015). Telemonitoring and Mobile Phone-Based Health Coaching Among Finnish Diabetic and Heart Disease Patients: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical internet research*, 17 (6)

*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), ss.116-123.

*Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag, O. & Dassen, T. (2015). Effects of a hospital-based education programme on self-care behavior, care dependency and quality of life in patients with heart failure - a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24, ss. 1643-1655.

*Macale Cajanding, R. J. (2016). The Effectiveness of a Nurse-Led Cognitive-Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self-Esteem and Mood Among Filipino Patients Living With Heart Failure: a Randomized Controlled Trial. *Applied Nursing Research*, 31, ss. 86-93.

*McGillion, M., Watt-Watson, J., Stevens, B., LeFort, S., Coyte, P & Graham, A.(2008).Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (2), ss.126-140.

Mead, H., Andres, E., Ramos, C., Siegel, B. & Regenstein, M. (2010). Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. *Patient Education & Counseling*, 79(1), ss. 69-76.

Oka, R.K., DeMarco, T. & Haskell, W.L. (1999) Perceptions of physical fitness in patients with heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 14(3), ss. 97-102.

Olanso-Lizarraga, M., Oroviogicoechea, C., Errasti-Ibarrondo, B. & Saracíbar-Razquin, M. (2016). The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), ss. 2413-29.

Orem, D. E. & Taylor, S. G. (2011). Reflections on Nursing Practice Science: The Nature, the Structure, and the Foundation of Nursing Sciences. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), ss. 35–41.

O'Shaughnessy, M. (2014). Application of Dorothea Orem's Theory of Self-Care to the Elderly Patient on Peritoneal Dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), ss. 495-498.

Paterson, C., Robertson, A. & Nabi, G. (2015). Exploring prostate cancer survivors' self-management behaviours and examining the mechanism effect that links coping and social support to health-related quality of life, anxiety and depression: A prospective longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), ss. 120-128.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Post, M. (2014). Definitions of Quality of Life: What Has Happend and How to Move On. *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), ss. 167-180.

*Pullen, P., Thompson, W., Bernardot, D., Brandon, J., Metha, P., Rifai, L., Vadnais, D., Parrot, J., & Kahn, B. (2010). Benefits of yoga for African American heart failure patients. *Medicin & science in sports & exercise*, 42(4), ss. 651-657.

*Smeulders, E., van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A., Stoffers, H., Lodewijks- van der Bolt, C., van Eijk, J. & Kempen, J. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 66(7), ss. 1487-1499.

Socialstyrelsen (2013). Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård – Meddelandeblad. <https://www.socialstyrelsen.se/aldre/aldreshalsa/egenvard> [2016-04-24].

Strömberg, A. (2009). Cirkulation. I Edberg, A.-K. & Wijk H. (red.) *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 249-279.

Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C. & Whitemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), ss. 1469-1489.

Svensk MeSH (2016). <https://mesh.kib.ki.se/term/D011788/livskvalitet> [2016-10-05].

*Takematsu, Y., Hasebe, Y., Moriwaki, Y., Kotera, N., Yamada, C., Nakagami, T., Shinoda, K., Furubayashi, A., Kato, S., Sugimoto, I. & Shibayama, K. (2015). Evaluation of quality of life among patients with ischemic heart disease who practiced self-care activities at home after elective percutaneous coronary intervention. *Cardiovascular Intervention and Therapeutics*, 30, ss. 115-120.

*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. *Congest Heart Fail*, 19(4), ss. 9-16.

White-Williams, C., Grady, K.-L., Myers, S., Naftel, D.-C., Wang, E., Bourge, R.- C. & Rybarczyk, B. (2013). The Relationships Among Satisfaction With Social Support, Quality of Life, and Survival 5 to 10 Years After Heart Transplantation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(5), ss. 407-416

WHOQOL (1997). The worlds health organization quality of life instruments: *Mesuring quality of life*. S. 1-15 http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [2016-04-25].

Wilkinson, M., Whitehead, L. & Crowe, M. (2016). Nurses perspectives on long-term condition self-management: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (1), ss. 240-246.

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

Woda, A., Belknap, RA., Haglund, K., Sebren, M. & Lawrence, A. (2015). Factors Influencing Self-Care behaviors of African Americans with heart failure: A photovoice project. *Heart Lung*, 44 (1), ss. 33-38.

Bilaga 1

Tabell 2. Metodtabell innehållande författare, land, år, titel, design, ansats, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod

Författare, år, land	Titel	Design och ansats	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Baker, D., Dewalt, D., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Weinberger, M., Macabasco-O'connell, A., Grady, K., Holmes, G., Erman, B., Broucksou, K. & Pignone, M. 2011, USA	The effect of Progressive, Reinforcing Telephone Education and Counseling Versus Brief Educational Intervention on Knowledge, Self-Care Behaviors and Heart Failure Symtoms	Randomiserad studie med kvantitativ ansats	605 deltagare, 303 i interventionsgruppen och 302 i kontrollgruppen. Inklusionskriterier: hjärtsviktsdiagnos med symtom inom de senaste sex månaderna, använt loop diuretika, tala flytande engelska eller spanska och adekvat kognitiv funktion.	Hjärtsviktsrelaterad livskvalitet skattades med Improving Chronic Illness Care Evaluation (ICICE) Heart Failure Symptom Scale (HFSS), skattningarna gjordes vid studiens start och efter 30 dagar.	SAS, oberoende <i>t</i> -test, χ^2 , parat <i>t</i> -test och linjär regressions analys.
Delaney, C., Apostolidis, B., Bartos, S., Morrison, H., Smith, L. & Fortinsky R. 2013, USA	A Randomized Trial of Telemonitoring and Self-Care Education in Heart Failure Patients Following Home Care Discharge	Randomiserad kontrollerad studie med kvantitativ ansats.	100 deltagare, 50 i interventionsgruppen och 50 i kontrollgruppen Inklusionskriterier; Tidigare inlagda för försämring i hjärtsvikt, engelsktalande över 21 år, primär diagnos med hjärtsvikt och hemmaboende med	Livskvalitet skattades med The Minnesota Living with Heart Failure (MLHF), skattningarna gjordes vid utskrivning från hemsjukvården och 90 dagar efter utskrivning.	Beskrivande statistik, χ^2 , pearson-test och ANOVA.

			tillgång till en fast telefonlinje.		
Flately Brennan, P., Casper, G., Burke, L., Johnson, K., Brown, R., Valdez, R., Sebern, M., Perez, O. & Sturgeon, B. 2010, USA	Technology-enchanted practice for patients with cronic cardiac disease: Home implementation and evaluation	Experimentell studie med kvantitativ ansats	282 deltagare, 146 i interventionsgruppen och 136 deltagare i kontrollgrupp. Inklusionskriterier; diagnos primär eller sekundär stabil kronisk hjärtsjukdom, förmåga att läsa och skriva på engelska, inneha analog telefonlinje och boende inom en 100-mile radie från hemsjukvårdskontoret. Exklusionskriterier; oförmåga att hantera teknologi, kontinuerlig professionell vård i hemmet	Livskvalitet skattades med the Multidimensional Index for Life Quality Questionnaire for Cardiovascular Disease (MILQ), kattningarna gjordes vid sex tillfällen: vid start, efter 1 vecka, efter 4 veckor, efter 8 veckor, efter 12 veckor och efter 24 veckor.	MCAR, GEE och pattern-mixture modeling
Johnson, N., Lim, Y. & Bowe S. 2009, Australien	Multicenter randomized controlled trial of a home walkning intervention after outpatient cardiac rehabilitation on health related quality of life in women	Randomiserad kontrollerad studie med kvantitativ ansats.	154 deltagare, 72 i interventionsgruppen och 82 i kontrollgruppen. Inklusionskriterier; kvinnor ≤ 75 år eller yngre, förmåga att svara på frågeformulär på engelska och delta i oövertakad motion.	Hälsorelaterad livskvalitet skattades med the MacNew Heart Disease HRQL, skattningarna gjordes vid 4 tillfällen: vid interventionens start, efter 3 månader, efter 6 månader och efter 12 månader.	Wilcoxon matched pairs test, Wilcoxon two-sampels test, Fisher's exact test och GEE.

<p>Karhula, T., Vuorinen, A.-L., Rääpysjärvi, K., Pakanen, M., Itkonen, P., Tepponen, M., Junno, U.-M., Jokinen, T., van Gils, M., Lähteenmäki, J., Kohtamäki, K. & Saranummi, N. (2015), Finland</p>	<p>Telemonitoring and Mobile Phone-Based Health Coaching Among Finnish Diabetic and Heart Disease Patients: Randomized Controlled Trial</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie med kvantitativ ansats.</p>	<p>308 deltagare med hjärtsvikt, 222 i interventionsgruppen och 86 i kontrollgruppen. Inklusionskriterier; diagnostiserade med ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt eller med båda, ≥ 18 år, förmåga att enskilt fylla i frågeformulär på finska, förmåga att gå, adekvat kognitiv kapacitet och hantera teknologin i studien.</p>	<p>Hälsorelaterad livskvalitet skattades med Short Form (36) Health Survey (SF-36), version 2, skattningarna gjordes vid start och efter 1 år.</p>	<p>ANCOVA, <i>t</i>-test, student's <i>t</i>-test, χ^2, parat <i>t</i>-test.</p>
<p>Kutzleb, J. & Reiner, D. 2006, USA</p>	<p>The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure</p>	<p>Kvasiexperimentell studie med kvantitativ ansats.</p>	<p>23 deltagare. Inklusionskriterier; hjärtsviktsdiagnos. Exklusionskriterier; otillräckliga engelska kunskaper, hjärtsvikt som sekundär sjukdom, allvarligt sjuka med risk för dödsfall, nedsatt kognitiv funktion, användning av läkemedel för psykiska problem.</p>	<p>Livskvalitet skattades med psykometric assesment of the quality of life utvecklat av Ferrans och Powers, skattningarna gjordes vid start, efter 3 månader och efter 9 månader.</p>	<p>ANCOVA och levenes test of equality of error variances.</p>
<p>Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag, O. & Dassen, T.</p>	<p>Effects of a Hospital-based education programme on self-care</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie med kvantitativ ansats</p>	<p>128 deltagare, 64 i interventionsgruppen och 64 i</p>	<p>Livskvalitet skattades med en tysk version av The Kansas City</p>	<p>Beskrivande statistik, χ^2, <i>t</i>-test, Mann-Whitney <i>U</i> test, mixad</p>

2015, Tyskland	behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trail		kontrollgruppen. Inklusionskriterier; hjärtsvikt Exklusionskriterier; ny diagnostiserade, akut hjärtsvikt, < 18 år, disorienterad, dement, förväntad livslängd < 3 månader, hjärtoperation de senaste tre månaderna, ingen telefon, utskrivning till rehabilitation eller ett annat sjukhus, ej förmåga att förstå eller läsa tyska, redan deltagare i utbildningsprogram för hjärtsviktpatienter eller deltagare i annan liknande studie.	Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), skattningarna gjordes vid start och efter 3 månader.	ANOVA, ANOVAR.
Macale Cajanding, R. J. 2016, England	The Effectiveness of a Nurse-Led Cognitive-Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self-Esteem and Mood Among Filipino Patients Living With Heart Failure: a Randomized Controlled Trial	Randomiserad kontrollerad studie med kvantitativ ansats.	123 deltagare, 64 i interventionsgruppen och 59 i kontrollgruppen. Inklusionskriterier: vuxna, nyligen upptagna till hjärtmottagning, primär behandling för hjärtsvikt, läsa, skriva och förstå engelska, förmåga att ge	Livskvalitet skattades med the Minnesota Living with Heart Failure (MLHF), skattningarna gjordes vid start och efter 13 veckor.	Beskrivande infrentiell statistik, χ^2 , singel factor ANOVA, two-way ANOVA.

			informerat samtycke. Exklusionskriterier; tidigare psykiska eller neurologiska problem, behandling för svår psykologisk problematik.		
McGillion, M., Watt-Watson, J., Stevens, B., LeFort, S., Coyte, P & Graham, A. 2008, Kanada	Randomized Controlled Trail of a Psychoeducation Program for the Self-Management of Chronic Cardiac Pain	Randomiserad kontrollerad studie med kvantitativ ansats.	130 deltagare, 66 i interventionsgruppen och 64 i kontrollgruppen. Inklusionskriterier; diagnostiserad kranskärlsjukdom, kronisk stabil angina pectoris minst i sex månader, prata, läsa och förstå engelska. Exklusionskriterier; hjärtsvikt eller genomgått by pass operation de senaste sex månaderna.	Hälsorelaterad livskvalitet skattades med the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF36) och Seattle Angina Questionnaire (SAQ), skattningarna gjordes vid start och efter tre månader.	Chi ² , students <i>t</i> -test continuous level data, ANOVA, MANOVA och ANCOVA.
Pullen, P., Thompson, W., Bernardot, D., Brandon, J., Metha, P., Rifai, L., Vadnais, D., Parrot, J., & Kahn, B. 2010, USA	Benefits of Yoga for African American Heart Failure Patients	Randomiserad kontrollerad studie med kvantitativ ansats.	40 deltagare, 21 i interventionsgruppen och 19 kontrollgruppen. Inklusionskriterier; hjärtsvikt, gå utan hjälpmedel, stabil medicinering under senaste 3 månaderna	Livskvalitet skattades med Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ) skattningarna gjordes vid inskrivningen och efter 2 månader.	Parat <i>t</i> -test och ANOVA

			innan interventionen. Exklusionskriterier; förväntad livslängd < sex månader, inte gå utan hjälpmedel, gravida, ammade, inte möjlighet att delta i yogasessionerna, drog- eller alkoholberoende.		
Smeulders, E., van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko- Lencer, N., Janssen- Boyne, J., Gorgels, A., Stoffers, H., Lodewijks- van der Bolt, C., van Eijk, J. & Kempen, J. 2010, Nederländerna	Nurse-led self- management group programme for patients with congestive heart failure: randomized control trial	Två grupper randomiserad kontrollerad studie med kvantitativ ansats.	265 deltagare, 186 i interventionsgruppen och 131 i kontrollgruppen. Inklusionskriterier; kronisk hjärtsvikt, etablerad diagnos sedan sex månader tillbaka, tala, förstå och skriva tyska och kunna ge informerat samtycke. Exklusionskriterier: deltagande i andra studier.	Livskvalitet skattades med RAND 36-item Health Survey (RAND- 36), the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), visuell analog skala (VAS) mellan 0-100 och the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Skattningarna gjordes vid fyra tillfällen; vid start, direkt efter interventionen, efter 6 månader och efter 12 månader.	Chi ² , Mann-Whitney <i>U</i> test, <i>t</i> -test, mixade effekter linjära regretnions modeller.
Takematsu, Y., Hasebe, Y., Moriwaki, Y., Kotera, N., Yamanda, C., Nakagami, T., Shinoda, K., Furubayashi, A., Kato,	Evaluation of quality of life among patients with ischemic heart disease who practised self-care activities at home after elective	Jämförande studie med kvantitativ ansats	138 deltagare, 84 som praktiserade egenvård och 54 som inte praktiserade egenvård. Inklusionskriterier; genomgått elektiv	Hälsorelaterad livskvalitet skattades med SF-36 vid ett tillfälle.	Unpaired student's <i>t</i> - test och multipel regretnionsanalys

<p>S., Sugimoto, I. & Shibayama, K. 2015, Japan</p>	<p>percutaneous coronary intervention</p>		<p>perkutan koronara intervention (PCI) och praktiserat egenvård minst 6 månader efter PCI om de tillhörde egenvårdsgruppen. Exklusionskriterier; psykos, neurovaskulär sjukdom, demens, kommunikationstörning, hjärtsvikt och hemodialys.</p>		
<p>Tung, H.-H., Lin, C.-Y., Chen K.-Y., Chang, C.-J., Lin, Y-P. & Chou, C.-H. 2013, Taiwan</p>	<p>Self-Management Intervention to Improve Self-Care and Quality of Life in Heart Failure Patients</p>	<p>Kvasiexperimentell studie med kvantitativ ansats (An historical comparison, single-blind design)</p>	<p>82 deltagare, 40 i den interventionsgruppen och 42 i kontrollgruppen. Inklusionskriterier; hjärtsvikt i mer än 6 månader, ≤ 18 år, klarade av att kommunicera, clock test poäng > 7 och ingen större operation det senaste halvåret.</p>	<p>Livskvalitet skattades med Minnesota Living With HF Questionnaire (MLHFQ), skattningarna gjordes vid start, efter 4veckor och efter 8 veckor.</p>	<p>Beskrivande statistik, GEE, Mann-Whitney <i>U</i> test och χ^2.</p>

Tabell 3. Resultattabell innehållande författare, syfte och resultat

Författare	Syfte	Resultat
Baker, D., Dewalt, D., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Weinberger, M., Macabasco-O'connell, A., Grady, K., Holmes, G., Erman, B., Broucksou, K. & Pignone, M.	Syftet med studien var att undersöka effekten av två olika nivåer av egenvårdsträning på anpassning till specifika egenvårdsbeteenden och hjärtsviktsrelaterad livskvalitet	Resultatet visade att för deltagarna i kontrollgruppen som fick kort utbildning i egenvård var den hälsorelaterade livskvalitet oförändrad från start och efter interventions slut. Deltagarna i interventionsgruppen som fick den längre utbildningen skattade sin hälsorelaterade livskvalitet förbättrat efter interventionen.
Delaney, C., Apostolidis, B., Bartos, S., Morrison, H., Smith, L. & Fortinsky R.	Syftet med studien var att undersöka influenserna av en intervention som kombinerade telemonitoring (TM) och egenvårdsutbildning på sjukhusinläggning på vuxna med hjärtsvikt efter hemsjukvård. Andra utfall inkluderade livskvalitet och kunskap om hjärtsvikt.	Resultatet visade att interventionsgruppen skattade signifikant bättre på livskvalitet efter interventionens slut. I kontrollgruppen skattade sin livskvalité liknade vid start och efter interventionen.
Flatley Brennan, P., Casper, G., Burke, L., Johnson, K., Brown, R., Valdez, R., Sebern, M., Perez, O. & Sturgeon, B.	Syftet med studien var att svara på frågan om technology-enhance practice (TEP)(en hemsida) leder till förbättring eller stabilitet i patientutfall som inkluderar egenvård vid kronisk hjärtsvikt, klinisk status, livskvalitet, oplanerade vårdbesök och tillfredsställelse av vården.	Resultatet visade ingen systematisk effekt eller förbättring över tid på livskvalitet vid användandet av TEP.
Johnson, N., Lim, Y. & Bowe S.	Syftet med studien var att testa effekten av en intervention med ett 12-veckors promenad program efter hjärtrehabilitation på hälsorelaterad livskvalitet och underhållet av fysisk aktivitet hos kvinnor.	Resultatet visade att hälsorelaterad livskvalitet skattades förbättrat efter 6 månader i interventionsgruppen. Kontrollgruppen skattade sin hälsorelaterade livskvalitet signifikant bättre efter 12 månader. Vid 6 månader sågs signifikant skillnad i jämförelsen mellan grupperna men inte vid skattningarna som gjordes vid 3 månader och efter 12 månader.
Karhula, T., Vuorinen, A.-L., Rääpysjärvi, K., Pakanen, M., Itkonen, P., Tepponen, M., Junno, U.-M., Jokinen, T., van Gils, M., Lähteenmäki, J.,	Syftet med studien var att utvärdera fördelarna med ett strukturerat mobiltelefonbaserat hälsocoaching program stött av ett	Resultatet visade ingen skattad signifikant skillnad i hälsorelaterad livskvalitet mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen.

Kohtamäki, K. & Saranummi, N.	övervakningssystem hos kroniskt sjuka patienter.	
Kutzleb, J. & Reiner, D.	Syftet med studien var två stycken: det första att utvärdera effekten av en patientutbildning med nära kontakt med sjuksköterska som fokuserade på livsstilsförändringar, daglig vikt, läkemedels- och diet compliance för att förbättra livskvalitet. Det andra syftet var att utvärdera i vilken utsträckning patientutbildning om egenvård påverkade livskvalitet och den funktionella kapaciteten.	Resultatet visade en signifikant förbättring i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen på den totala livskvalitet och delarna hälsa och funktion, social och ekonomisk, psykologisk och spirituellt samt familj. Dock fanns det ingen signifikant skillnad på delen funktionell hälsa mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen.
Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag, O. & Dassen, T.	Syftet med studien var att utvärdera effekten av en sjukhusbaserad sjuksköterskeledd hjärtsvikt specifik utbildning på egenvårdsbeteende, vård behov och livskvalitet hos patienter med kronisk hjärtsvikt på ett universitet sjukhus i södra Tyskland.	Resultatet visade ingen signifikant skillnad i den skattade livskvaliteten.
Macale Cajanding, R. J.	Syftet med studien var att utvärdera effekten av en intervention med ett sjuksköterskeledd kognitivbeteendeprogram på livskvalitet, självkänsla och humör hos filippinska patienter som lever med hjärtsvikt	Resultatet visade att den skattade livskvaliteten signifikant förbättrades i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.
McGillion, M., Watt-Watson, J., Stevens, B., LeFort, S., Coyte, P & Graham, A.	Syftet med studien var att utvärdera effekten av ett standardiserat ”psykoeducation” program, the Chronic Angina Self-Management Program (CASMP) för att förbättra hälsorelaterad livskvalitet, tron på sin förmåga och resurserna hos patienter med kronisk stabil angina pectoris.	Resultatet visade signifikant förbättring i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen på den fysiska delen och generell hälsa av livskvalitet i SF-36 jämfört med kontrollgruppen.
Pullen, P., Thompson, W., Bernardot, D., Brandon, J., Metha, P., Rifai, L., Vadnais, D., Parrot, J., & Kahn, B.	Syftet med studien var att undersöka effekten av yoga på kardiovaskulär uthållighet, rörlighet, livskvalité och inflammatoriska markörer hos medicinskt stabila hjärtsviktspatienter.	Resultatet visade signifikant förbättring i den skattade livskvaliteten i interventionsgruppen efter interventionen. Inga signifikanta skillnader sågs i kontrollgruppen efter interventionens slut.

<p>Smeulders, E., van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A., Stoffers, H., Lodewijks- van der Bolt, C., van Eijk, J. & Kempen, J.</p>	<p>Syftet med studien var att skatta effekter av the Chronic Disease Self-Management Programme (CDSMP) på psykosociala tillgångarna, egenvårds beteende och livskvalitet hos patienter med kronisk hjärtsvikt som upplevde begränsningar i den fysiska aktiviteten.</p>	<p>Resultatet visade en signifikant korttids effekt hos interventionsgruppen i den skattade hjärtspecifika livskvaliteten. Ingen signifikant skillnad sågs över tid.</p>
<p>Takematsu, Y., Hasebe, Y., Moriwaki, Y., Kotera, N., Yamanda, C., Nakagami, T., Shinoda, K., Furubayashi, A., Kato, S., Sugimoto, I. & Shibayama, K.</p>	<p>Syftet med studien var jämföra patienter som praktiserade egenvård innehållande diet och motion hemma efter elektiv perkutan koronara intervention och dem som inte praktiserade egenvård.</p>	<p>Resultatet visade att gruppen som praktiserade egenvård skattade livskvalitet signifikant bättre än de som inte praktiserade egenvård på delarna fysisk funktion, kroppslig smärta, generell upplevelse av hälsa, vitalitet och mental hälsa i SF-36.</p>
<p>Tung, H.-H., Lin, C.-Y., Chen K.-Y., Chang, C.-J., Lin, Y.-P. & Chou, C.-H.</p>	<p>Syftet med studien var att testa effekten av en egenvårdsintervention med utbildning i egenvård för hjärtsviktspatienter i Taiwan baserat på hypotesen att egenvård och livskvalitet ökar av en egenvårdsintervention.</p>	<p>Resultatet visade signifikanta förbättringar på livskvalitet i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.</p>