



HÖGSKOLAN
DALARNA

Institutionen för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning omvårdnad
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
HT 2009

Sjuksköterskans evidensbaserade omvårdnadsåtgärder för livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt

En systematisk litteraturstudie

Skribenter

Ingemar Andersson
Yvonne Norlander

Handledare

Béatrice Ewalds-Kvist

Examinator

Linnea Warenus



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN
DALARNA

Department of Health and Social Sciences
Essay course – Nursing Undergraduate
Level II, 15 ECTS - credits
Autumn 2009

Evidence-Based Nursing Measures Relative to Quality of Life for Patients with Heart Failure

A systematic literature review

Writer

Ingemar Andersson
Yvonne Norlander

Supervisor

Béatrice Ewalds-Kvist

Examiner

Linnea Warenus



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

Rapport 200x:nr

ISBN

ISSN

SAMMANFATTNING

Syftet med detta arbete var att undersöka vilka omvårdnadsåtgärder och vilken form av undervisning som sjuksköterskor kan använda sig av för att bevara eller förbättra livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt. Arbetet genomfördes som en systematisk litteratur studie och analyserades med hjälp av kvalitetsgranskning av litteraturen. Vid artiklarnas kvalitetsgranskning framkom omvårdnadsåtgärder för patienter med hjärtsvikt, som sedan evidensgraderades. Av resultatet framgick att sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos patienter med hjärtsvikt som befanns vila på starkt vetenskapligt underlag *var att undervisa patienter med hjärtsvikt, att uppmana till fysisk aktivitet och att främja socialt stöd.*

Resultatet i föreliggande studie visade att träning gav effekt och att fysisk aktivitet var av betydelse när det gällde att bibehålla och förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten. Socialt stöd befanns vara en grundläggande faktor för den hälsorelaterade livskvaliteten, och bör anpassas efter den enskilde patientens behov och önskemål. Slutsatsen var att en av sjuksköterskans mest betydelsefulla omvårdnadsåtgärder var att stödja och undervisa patienter med hjärtsvikt och att hjälpa henne sätta upp individanpassade mål. Resultatet diskuterades utifrån Callista Roys omvårdnads teoretiska modell: Roy Adaptation Model (RAM).

Nyckelord; *Callista Roy, hjärtsvikt, hälso relaterad livskvalitet, sjuksköterska, undervisning*

Keywords; *Callista Roy, Education, Heart Failure, Health related quality of life, Nurse*

Innehåll

1 INTRODUKTION	6
1.1 Prevalens och Incidens	6
1.2 Hjärtats fysiologi och kompensatoriska mekanismer.....	6
1.3 Patofysiologi vid hjärtsvikt	7
1.4 Icke farmakologiska omvårdnadsåtgärder.....	7
1.5 Undervisning	8
1.6 Socialt stöd	8
1.7 Hälsorelaterad livskvalitet.....	9
1.8 Egenvård.....	9
1.9 En omvårdnadsteoretisk modell	10
Roy Adaptation Model (RAM)	10
1.10 Sjuksköterskans ansvar	10
1.11 Problemformulering	11
1.12 Syfte	11
1.12.1 Frågeställningar	11
2 METOD.....	11
2.1 Design.....	11
2.2 Urval av litteratur	11
2.3 Inklusionskriterier	12
2.4 Exklusionskriterier	12
2.5 Tillvägagångssätt.....	12
2.6 Analys.....	13
2.7 Etiskt övervägande	13
3 RESULTAT	15
3.1 Huvudresultat	15
3.2 Resultat som vilar på starkt vetenskapligt underlag.....	15
3.2.1 Undervisning	15
3.2.2 Fysisk aktivitet	17
3.2.3 Socialt stöd	19
4 DISKUSSION	21
4.1 Sammanfattning av huvudresultat	21
4.2 Resultatdiskussion.....	21
4.2.1 Undervisa patienter med hjärtsvikt	21
4.2.2 Uppmana patienter till fysisk aktivitet	22
4.2.3 Främja socialt stöd	23
4.3 Metoddiskussion.....	24

4.4 Omvårdnadsteoretisk diskussion.....	25
4.5 Studiens kliniska betydelse	26
4.6 Förslag till vidare forskning	26
4.7 Konklusion	27
5 REFERENSER.....	28
5.1 Litteraturlista.....	28
BILAGA I	33
BILAGA II	34
BILAGA III.....	35
BILAGA IV.....	36
BILAGA V	37
BILAGA VI.....	38
BILAGA VII	39

1 INTRODUKTION

1.1 Prevalens och Incidens

Cirka 10 % av befolkningen över 75 år har diagnosen hjärtsvikt, denna åldersgrupp utgör ungefär 2/3 av alla patienter med hjärtsvikt (Lernfelt & Wallén, 2003). Incidensen av hjärtsvikt ökar avsevärt med stigande ålder. Hjärtsvikt drabbar årligen cirka 0,1 % av de som är under 50 år, cirka 1 % av de som är i 70 års ålder och cirka 5 % av de som är över 80 år (Ullman, 2008). Oftast drabbar hjärtsvikt just äldre personer och förekomsten av detta sjukdomstillstånd ökar alltså med stigande ålder. I Västvärlden är det den enda hjärtsjukdomen som växer och det beror på att överlevnaden efter hjärtinfarkter har ökat och att behandlingen för tillståndet har blivit effektivare. Idag opereras allt flera hjärtsjuka vilket också bidrar till den ökade prevalensen (Ericson & Ericson, 2002).

1.2 Hjärtats fysiologi och kompensatoriska mekanismer

Hjärtat består av två förmak och två kammare. Till höger förmak kommer syrefattigt blod från vensystemet och förs sedan till höger kammare som pumpar blodet vidare till lungorna där det syresätts. Det syresatta blodet kommer tillbaka till hjärtats vänstra förmak. Då har det passerat det så kallade lungkretsloppet även kallat lilla kretsloppet. Från vänster förmak förs blodet till vänster kammare vars muskelväggar är betydligt tjockare eftersom det ska orka pumpa runt blodet i stora kretsloppet som försörjer hjärnan, muskulaturen, hud, organ, och övriga kroppsdelar med närings- syrerikt blod (Henriksson & Rasmusson, 2003). Hjärtat har kompensatoriska mekanismer. Sympatikus aktivitet innebär att adrenalin och noradrenalin från binjuremärgen utsöndras. Det gör att pulsen och hjärtats slagkraft växer vilket ger en ökad hjärtminutvolym. Vid svår hjärtsvikt klarar inte hjärtat att svara på stimuleringen från sympatikus, men dess ämnesomsättning fortsätter ändå att vara hög vilket leder till stort syrebehov. Om hjärtats kranskärl, som försörjer hjärtmuskeln med syrerikt blod, är förkalkade så försämras blodtillförseln vilket leder till syrebrist och därmed kärlkramp (Almås, 2006). När hjärtminutvolymen inte längre räcker till, vilket kan bero på både pumpsvikt eller blödning, klarar kroppen inte av att skilja på dessa faktorer. Åtgärden blir ändå densamma nämligen att kroppen förhindrar blodtrycksfall genom att njurarna behåller mera vatten och natrium så det finns mera vätska att pumpa runt i blodomloppet. Genom att hjärtat tvingas pumpa en ökad blodvolym tänjs hjärtats muskelfibrer ut (Hedner, Danielsson, Juliusson, Midgren, Persson & Rollof *et al.*, 2007). Vid en hjärtinfarkt bildas en ärrvävnad som ersätter de döda muskelcellerna. Hjärtat kan kompensera detta genom att omkringliggande

muskelceller blir större och detta gör att pumpkapaciteten förbättras. Det fungerar så länge som kranskärlen förmår att försörja det förstörade hjärtat med den mängd blod det behöver (Almås, 2006). Förstoring av hjärtmuskeln kan bero på högt blodtryck eller förträngning av stora kroppspulsådern eftersom dessa tillstånd utgör en belastning på hjärtat (Asplund, Berglund, Lindgren & Lindholm, 2002).

1.3 Patofysiologi vid hjärtsvikt

Hjärtsvikt är inte en sjukdom i sig utan orsakas av bakomliggande hjärtsjukdom. Hjärtsvikt innebär sviktande pumpförmåga, det vill säga att hjärtat inte förmår försörja kroppens syrebehov och ämnesomsättning. Hjärtats kamrar pumpar ut en för liten mängd blod per minut, detta kallas *forward failure*. När hjärtats kamrar inte klarar av att pumpa det blod som kommer tillbaka till hjärtat kallas det *backward failure*. Oftast är det en kombination av båda (Hedner *et al.*, 2007). Vänstersidig hjärtsvikt innebär att blodet stockas tillbaka till lungkretsloppet med lungödem som följd. Det ökade trycket som då uppstår i lungkretsloppet gör att vätska från de små blodkärlen i lungorna pressas ut i lungvävnaderna och ut i alveolerna (som är de små lungblåsorna där gasutbytet sker). Vätskan försvårar gasutbytet, detta tillstånd kan bli livshotande och personen upplever svår andnöd som kan kännas som att drunkna i sin egen vätska (Ericson & Ericson, 2002). Vid högersidig hjärtsvikt är det istället det stora kretsloppet som blodet stockas tillbaka till, vilket leder till vätskeansamling i kroppen. Vätskan följer tyngdlagen och förekommer därmed ofta i fötter och underben, hos personer som är sängliggande kan vätska samlas på rygg och vid korsben. Vid svårare svikt förekommer även vätskeansamlingar i bukhålan och i lungsäcken. Högersidig svikt är vanligtvis en följd av vänstersidig svikt. Om den inte beror på vänstersidig svikt är det oftast en lungsjukdom som är den bakomliggande orsaken till den högersidiga svikten (*ibid.*). Vanliga symtom vid hjärtsvikt är: andnöd, trötthet, smärta, orkeslöshet, muntorrhet, perifera ödem och depression (Beckelman *et al.*, 2007). Diagnostisering och klassificering av hjärtsvikt se bilaga I.

1.4 Icke farmakologiska omvårdnadsåtgärder

Exempel på icke farmakologiska omvårdnadsåtgärder kan vara, fysisk aktivitet, rökstopp, reglerat vätskeintag (Grefberg [red.] 2008). Forskarna anser att patienten själv kan reglera diuretika och dryck efter viktkontroll för att få en bra behandling. Det är viktigt att tänka på att vid feber och diarré bör vätskeintaget ökas istället för som annars minskas (*ibid.*). Även övervikt, alkoholkonsumtion, högt blodtryck och diabetes kan förvärra tillståndet hos patienter med hjärtsvikt och bör därför korrigeras eller elimineras (Asplund, 2002). Ericson

och Ericson (2002) rekommenderar normalintensiv fysisk aktivitet till patienter med hjärtsvikt, de bör inte uppmanas till att vila mer än nödvändigt men inte heller markant öka sin fysiska aktivitet. Hjärtsvikten medför trötthet och kraftlöshet som inte kan tränas bort, därför ska patienten med hjärtsvikt anpassa den fysiska aktiviteten efter hjärtats kapacitet (*ibid.*).

1.5 Undervisning

I sjuksköterskans roll ingår att undervisa. Undervisningen ska anpassas efter patientens situation och den ska ske på hennes nivå. Att undervisningen sker på patientens nivå kan även innebära att sjuksköterskan är medveten om vad patienten förmår att lära sig, vilka kunskaper hon redan har och vad hon är i behov av att lära sig. För att undervisningen ska vara utvecklande för båda parter, ska den vara utformad som en dialog där patienten och sjuksköterskan möts på samma nivå. Det kan ofta vara en fördel att låta närstående delta i undervisningen, då kan de få möjlighet att stödja varandra under sjukdomsförloppet. Viktiga aspekter för sjuksköterskan att tänka på är om patienten är medveten om att hon behöver lära sig mer och om hon är intresserad av att få mera kunskap (Dulong & Poulsen, 1993). I informationen om hjärtsvikt till patienterna gäller det att få den drabbade införstådd med att det handlar om en kronisk, irreversibel och progressiv sjukdom, som hon måste lära sig att leva med. Sjukdomen drabbar inte bara individen utan även dennes familj och sociala nätverk (Yu, *et al.* 2007). Enligt Hälso och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska anpassad information ges till patienten rörande dennes hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om det inte är möjligt att ge patienten informationen ska den istället lämnas till närstående, såvida det inte hindras av sekretesslagen (SFS 1980:100).

1.6 Socialt stöd

Socialt stöd kan definieras och delas in på följande sätt:

- Emotionellt stöd – vänskap, förståelse, tillit, respekt, intimitet, omsorg och kärlek.
- Instrumentellt stöd – praktisk hjälp, tillförsel av resurser, pengar, tid, förändringar i miljön.
- Informationsstöd – upplysningar, förklaringar, förslag och råd.
- Värdningsstöd – bekräftelse, social jämförelse, enighet, beröm, positiva förväntningar och meningsutbyte. (Jahren-Kristoffersen, Nortvedt och Skaug, 2007, s. 93)

Socialt stöd är betydelsefullt för den mentala hälsan hos äldre människor och brist på stöd leder till känslomässiga problem. En känsla av att man duger och har självkänsla är viktigt för livslusten och vitaliteten (Drageset, *et al.* 2008). Jahren-Kristoffersen *et al.* (2007) beskriver

att socialt nätverk är en konstellation av människor som betyder något för varandra det sociala nätverket kan vara både positivt och negativt för individen. Om nätverket ska fungera bra är det viktigt att individerna kan lita på varandra och ge stöd när det behövs, kvaliteten på de inbördes relationerna är viktigare än hur ofta de har kontakt (*ibid.*). Äldre personer med hjärtsvikt har svårigheter att finna mening med tillvaron på grund av sjukdomsupplevelsen och de känner ofta kraftlöshet och hopplöshet, vilket hindrar dem till en framgångsrik hantering av problemen som sjukdomen innebär. För att hjälpa patienterna till en framgångsrik anpassning behövs det att sjuksköterskan kan stärka den enskilda individen att klara av sin sjukdom, inge en känsla av hopp, stödja det sociala nätverket och förbättra negativa symtom. Att förstå hur patienter upplever att leva med hjärtsvikt är viktigt för att kunna stödja och hjälpa dem i deras livssituation (Yu *et al.*, 2007).

1.7 Hälsorelaterad livskvalitet

Eriksson och Nordlund (2002) beskriver att hälsorelaterad livskvalitet är den effekt hälsan har på en individs välbefinnande och förmåga att fungera när det gäller fysiska, mentala och sociala aspekter av livet. Med den funktionella aspekten menas förmågor i det dagliga livet så som förmågan att klä sig, förmågan till hushållsarbete, förmågan att fungera i yrkeslivet samt förmågan att umgås med familj och vänner i den utsträckning individen önskar. Den funktionsrelaterade delen av hälsorelaterad livskvalitet brukar betraktas som objektiv eftersom den går att mäta och jämföra. Välmående är däremot mera subjektivt eftersom det bygger på individens egna upplevelser av hur de mår och känner sig. När den hälsorelaterade livskvaliteten mäts är avsikten att försöka få med såväl funktionella aspekter som välmående (Eriksson & Nordlund, 2002). Det finns olika sätt att mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet och ett stort antal mätinstrument har utvecklats genom åren ett av dessa är *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (MLWHF). Detta frågeformulär innefattar tecken och symtom som är relevanta för patienter med hjärtsvikt och den inverkan som de har på den fysiska aktiviteten, den sociala interaktionen, den sexuella aktiviteten, arbetet och känslorna (Bakan & Akyol, 2008).

1.8 Egenvård

Egenvård består av vårdhandlingar som patienten själv kan utföra för att bibehålla hälsa och välbefinnande och är av stor betydelse vid kroniska sjukdomar. Eftersom patienten befinner sig i en förändrad livssituation är det viktigt att personalen kan hjälpa dem att bearbeta sina tankar och känslor för att finna nya handlingsmönster i vardagen (Jahren-Kristoffersen *et al.*

2007). SOSFS 1996:9 definierar egenvård (icke sjukvård) som de uppgifter ansvarig läkare normalt överlåter till patienten eller anhöriga att själva sköta om.

1.9 En omvårdnadsteoretisk modell

Roy Adaptation Model (RAM)

Omvårdnadsteoretiker Callista Roy grundade RAM 1964 och har sedan utvecklat modellen tillsammans med flera andra teoretiker. Den grundar sig på humanism och hon har påverkats av Maslow humanistiska syn (Johnsson-Lutjens, Reynolds, Leininger & Reed 1995). Termen *Adaptiv* förklaras av Roy som *"Förmågan att anpassa sig effektivt till förändringar i miljön och att, i sin tur, påverka miljön"* (Johnsson- Lutjens *et al.*1995, s.43). RAM omfattar 8 vetenskapliga antaganden som är baserade på adaptationens nivåer och 8 filosofiska antaganden (se bilaga II). Dessa filosofiska och vetenskapliga antaganden utgör tillsammans grunden för RAM. Roy's fyra adaptiva funktioner omfattar: fysiologiska funktioner, självuppfattning, rollfunktion samt relation och samhörighet. Roy menar att fysiologisk funktion innefattar primära behov som är nödvändiga för att uppnå fysiologisk integritet, dessa är syre, nutrition, elimination, aktivitet, vila samt skydd. Det grundläggande mänskliga behovet när det gäller självuppfattning är psykisk integritet det vill säga att *"människor behöver veta vem de är för att kunna uppleva helhet i sin existens"* (Johnsson-Lutjens *et al.* 1995, s.33). Självuppfattning delas upp i det fysiska jaget och det personliga jaget, Det fysiska jaget innefattar kroppsuppfattning och kroppsupplevelse och det personliga jaget innefattar moraliskt- etiskt- andligt jag, jagkonsekvens och jagideal/jagförväntningar. Alla människor har sina roller i samhället, rollerna kan delas in i primära, sekundära och tertiära (tillfälliga) roller. När en individ drabbas av sjukdom kan roller förändras och en konflikt uppstå mellan de nya och de gamla rollerna. Begreppen relation och samhörighet handlar om mellanmänniskliga relationer som inbegriper vilja och förmåga att älska, respektera och värdesätta andra människor, vilket bidrar till en känsla av trygghet, känslomässig tillhörighet och kärlek (Johnsson- Lutjens *et al.* 1995).

1.10 Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan ska arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Hon ska visa patienten omtanke och respekt och inge patienten trygghet. Sjuksköterskan ska informera patienten om sitt hälsotillstånd och det är viktigt att informationen ges på patientens nivå. Finns det flera likvärdiga behandlingsalternativ ska patienten ges möjlighet att i samråd med sjuksköterskan välja mellan dessa (SOSFS 1982:763).

1.11 Problemformulering

Sjuksköterskan har en angelägen roll i att undervisa och stödja patienten med hjärtsvikt, detta för att hjälpa patienten till att hantera symtomen och inte en känsla av hopp och förbättrad livskvalitet. Patienter med hjärtsvikt har ofta täta sjukhusbesök eftersom många inte klarar av att hantera sjukdomen. Avsikten med den här studien är att öka medvetenheten hos sjuksköterskor om undervisningen och omvårdnadsåtgärdernas betydelse för patienter med hjärtsvikt, för att kunna ge dem en bättre livskvalitet.

1.12 Syfte

Denna studies syfte är att studera vilka omvårdnadsåtgärder och vilken form av undervisning sjuksköterskor kan använda sig av för att bevara eller förbättra livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt.

1.12.1 Frågeställningar

1. Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan använda sig av för att livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt ska bevaras eller förbättras?
2. Hur ska undervisningen vara utformad för att ge patienter med hjärtsvikt en bibehållen eller förbättrad livskvalitet?

2 METOD

2.1 Design

Föreliggande arbete genomfördes som en systematisk litteraturstudie.

2.2 Urval av litteratur

På Högskolan Dalarnas bibliotek söktes vetenskapliga artiklar från sökmotorn Electronic Library Information Navigator (ELIN) och databasen Cumulative Index of Nursing and Allied Health (CINAHL). Artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats valdes ut till denna studie. Samtliga artiklar kvalitetsbedömdes enligt granskningsmallar med på förhand fastställda 28 kvalitetskriterier som modifierats enligt förlagor av Forsberg och Wengström (2008) och Willman *et al.* (2006). (Bilaga III & IV, Jfr 2.1). Sökstrategin, valda sökord, antal sökträffar, antal lästa abstrakt, antal lästa artiklar som användes i resultatet och de använda artiklarnas kvalitet presenteras i figur 1.

2.3 Inklusionskriterier

Inklusionskriterierna bestod av att artiklarna ska motsvara studiens syfte och därmed handla om patienter med hjärtsvikt och deras hälsorelaterade livskvalitet och hur sjuksköterskan kan undervisa dessa patienter samt vilka omvårdnadsåtgärder som ger ökad livskvalitet. Artiklarna som inkluderats i denna studie var skrivna på engelska och vara publicerade mellan åren 2000- 2009 för att den senaste forskningen skulle ingå. Artiklar med både kvalitativ- och kvantitativ ansats användes.

2.4 Exklusionskriterier

Exkluderingen företogs i två steg. Översiktsartiklar, populärvetenskapliga artiklar, dubletter, artiklar som inte gick att få fram i fulltext uteslöts i det första exkluderingsurvalet. Vid det andra exkluderingsurvalet utgick de artiklar som inte uppfyllde 60 % av de 28 kvalitetskriterier som ingick i föreliggande arbetets granskningsmallar enligt Forsberg och Wengström (2008) och Willman *et al.* (2006).

2.5 Tillvägagångssätt

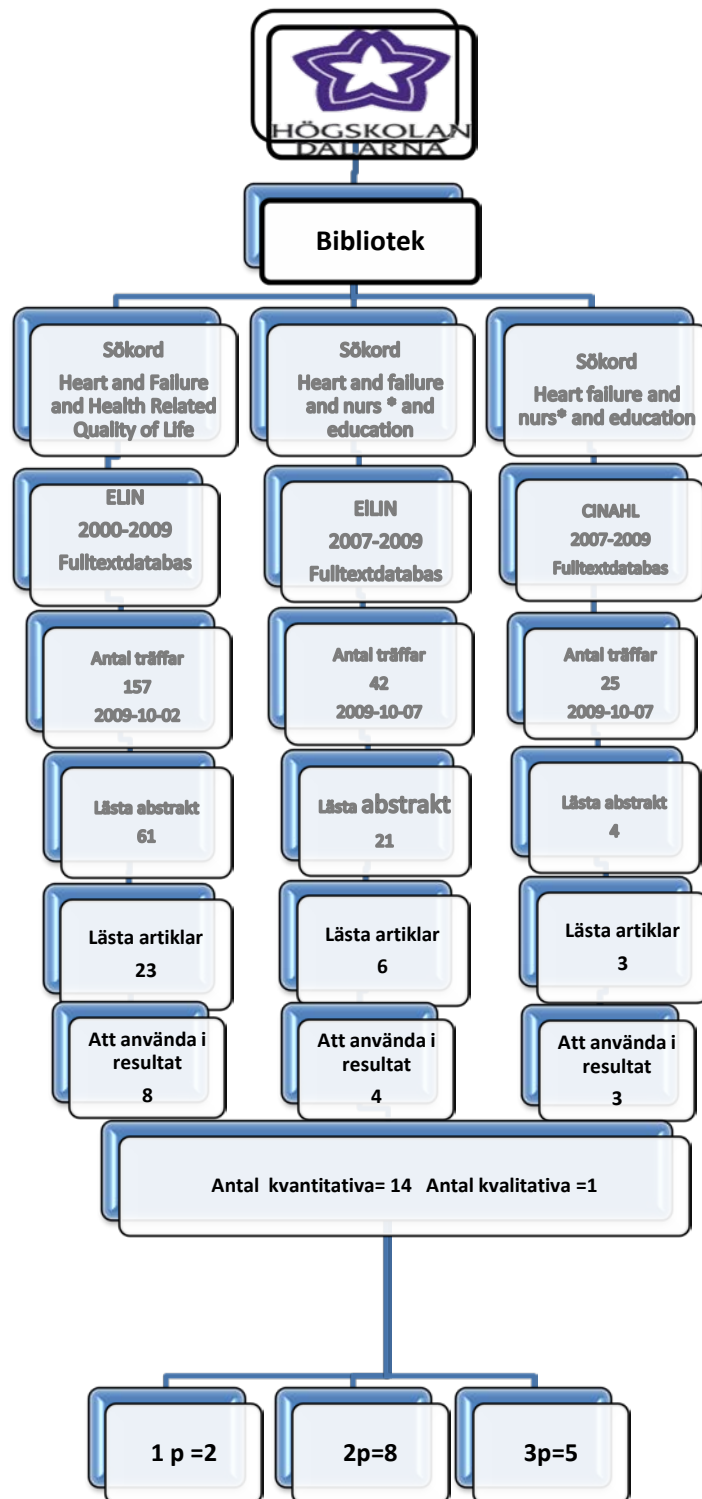
Sökorden som användes var **heart, failure, health-related quality of life, nurs*** och **education**. Orden användes i olika kombinationer för att få ner antalet träffar och få ett mer överskådligt material (figur 1). I databasen ELIN gjordes två olika sökningar, vid den första sökningen användes sökorden **heart AND failure AND health-related quality of life**, denna sökning gav 157 träffar den 2 oktober 2009. Vid den andra sökningen i ELIN användes sökorden **heart AND failure AND nurs* AND education** och den gav 42 träffar den 7 oktober 2009. Den tredje sökningen gjordes i databasen CINAHL med sökorden **heart failure AND nurs* AND education** och denna sökning gav 25 träffar den 7 oktober 2009. Av de 224 titlarna valdes 86 artiklar ut som verkade vara relevanta för det valda forskningsområdet, därefter lästes abstrakten. Av de 86 abstrakten valdes 32 artiklar som lästes i fulltext. Därefter sållades 15 artiklar ut och kvalitetsgranskning genomfördes enligt mallar modifierade efter förlagor av Forsberg och Wengström (2008) och Willman *et al.* (2006). De 15 artiklarnas omvårdnadsåtgärder evidensgraderades enligt Bahtsevanis (2008) rekommendationer. En av artiklarna passade inte in under någon av omvårdnadsåtgärderna och uteslöts därför från resultatet. Således återstod 14 artiklar till resultatet. Ytterligare 2 artiklar uteslöts på grund av för låg kvalitet. Slutligen återstod 12 artiklar som redovisades i resultatet (se Bilaga VII).

2.6 Analys

Artiklarna i den här systematiska litteraturstudien valdes ut och granskades i två steg av båda skribenterna. Vid steg 1 gjordes en kvalitetsgranskning enligt granskningsmallar modifierade efter förlagor av Forsberg och Wengström (2008) och Willman *et al.* (2006) som bestod av 28 kriterier var (kvalitativ & kvantitativ mall) efter vilka artiklarna poängsattes (Bilaga III & IV). Vid steg 2 gjordes på basen av artiklarnas kvalitet en evidensgradering enligt Bahtsevanis (2008) rekommendationer (Bilaga V) av de omvårdnadsåtgärder som befrämjar den hälsorelaterade livskvaliteten vid hjärtsvikt. Inalles 15 artiklar valdes ut till studien.

2.7 Etiskt övervägande

Skribenterna har i föreliggande systematiska litteraturstudie haft för avsikt att granska artiklarna så objektivt och opartiskt som möjligt. Skribenterna är medvetna om att deras erfarenheter och tolkningsförmåga kan ha påverkat valet av artiklar och därmed resultatet.



Figur 1. Sökstrategi för utvalda artiklar till resultatet. De artiklar som vid kvalitetsgranskningen erhöll minst 60 % fick 1 poäng (exkluderades ur resultatet), 2poäng fick de som erhöll minst 80 % och 3 poäng fick de som uppfyllde minst 90 % av de 28 kvalitetskriterierna.

3 RESULTAT

3.1 Huvudresultat

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att undersöka vilka av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder och vilken form av undervisning som bevarar eller förbättrar livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt. De främsta omvårdnadsåtgärderna som framkom vid artikelgranskningen var *att undervisa patienter med hjärtsvikt* (I), *att uppmana till fysisk aktivitet* (II) och *att främja socialt stöd* (IV) för denna patientgrupp. Dessa omvårdnadsåtgärder har efter artikelgranskningen uppnått evidensgrad 1 vilket betyder att fynden vilar på starkt vetenskaplig grund (tabell 1 & 2)

Tabell 1. Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder som kan användas för att förbättra patienternas med hjärtsvikts livskvalitet.

Symbol ¹	Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder	N/12 Artiklar	%	Evidensgrad ²
I	Att undervisa patienter med hjärtsvikt	8	53	1
II	Att uppmana patienter till fysisk aktivitet	4	26,5	1
IV	Att främja socialt stöd	4	26,5	1

¹ Bilaga VII

² Evidensgraderingsskala, Bilaga V.

3.2 Resultat som vilar på starkt vetenskapligt underlag

3.2.1 Undervisning

En del av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder för patienter med hjärtsvikt är *att undervisa patienter med hjärtsvikt i syfte att bibehålla eller förbättra livskvaliteten* (I) (tabell 1 & 2). Shively *et al.* (2005) använder sig av en modell som innefattar utbildning och information som ges enskilt för att hjälpa patienten att sätta upp individuella mål i syfte att utveckla livsstilsförändringar. Dessa livsstilsförändringar innefattar hälsosammare kost, ökad fysisk aktivitet, rökstopp, minskad alkoholkonsumtion och förbättrade mellanmännliga samt sociala aktiviteter. Patienterna som följde interventionen uppnådde en signifikant förbättrad självrapporterad sjukdomsspecifik hälsorelaterad livskvalitet.

Shearer, Cisar och Greenberg (2007) har använt en empowerment-modell som ger patienterna stöd och information för att de ska kunna sätta upp individuella realistiska mål, själva kunna hantera sin hjärtsvikt och förbättra den funktionella hälsan. Det här stödjande egenvårdsprogrammet gav en förbättrad självupplevd funktionell hälsa hos patienterna med hjärtsvikt som deltog i studien (*ibid.*).

Lennie *et al.* (2008) studie handlar om patienter med hjärtsvikt och deras kunskaper, attityder och svårigheter eller hinder att följa en saltreducerad kost. Ingen av dessa faktorer kunde ensam bidra till en ökad följsamhet av den saltreducerade kosten. Detta indikerar att en grundlig ansats med alla faktorer gemensamt inräknade krävs för att ge en förbättring av följsamheten till saltreducerad kost. Lennie *et al.* (2008) föreslår att framtida studier skall fokusera på att stödja kunskap, praktisk förmåga samt att ha beredskap att kartlägga felaktiga uppfattningar genom en rutinmässig undervisning för att öka följsamheten till saltreducerad kost (*ibid.*).

Holst, Willenheimer, Mårtensson, Lindholm och Strömberg (2007) har undersökt om egenvårdsbeteendet förändras efter ett utbildningstillfälle som innefattade att patienten ska förstå sin hjärtsviktssjukdom. Särskild vikt var lagd på intag av salt och vätska, viktkontroll och hur man kan upptäcka tidiga tecken på salt och vätskeretention såsom andfåddhet, ödem samt hur medicineringen kan justeras i förhållande till symtomen. I studien jämfördes en interventionsgrupp med en kontrollgrupp som inte fått denna specifika utbildning. Interventionsgruppen har under ett år följts upp med ett telefonsamtal en gång i månaden för att utvärdera den utförda egenvården genom en standardiserat telefonintervju. Holst *et al.* (2007) kom fram till att egenvårdsbeteendet och den hälsorelaterade livskvaliteten inte förändrades efter ett år av månatlig telefonuppföljning och att detta indikerar att en mer omfattande intervention behövs för att förbättra egenvårdsbeteendet hos dessa patienter (*ibid.*).

Bakan och Akyol (2008) har undersökt effekterna av Roy Adaptation Model (RAM)(se introduktion) som är baserade på experimentell utbildning, övningar och ett socialt stödprogram som är anpassat till personer med hjärtsvikt. I studien ingick en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Interventionsprogrammet bestod av två enskilda rådgivande möten mellan sjuksköterska och patient, där fokus låg på att sätta upp individuella

mål för att uppnå livsstilsförändringar hos patienten. Dessa möten följdes upp med två telefonsamtal och ett gruppmöte under en tremånaders period. Under programmet uppmuntrades de närmaste anhöriga att delta tillsammans med patienten. Kontrollgruppen fick konventionell vård under tiden. I slutet av rehabiliteringsprogrammet fanns det en signifikant förbättring av patienternas livskvalitet, funktionella status, socialt stöd, fysiologiska värden och den emotionella statusen. Bakan och Akyol (2008) visar att RAM är en effektiv guide i omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt (*ibid.*).

Riegel, Carlson, Glaser och Romero (2006) gjorde en jämförande studie bland hjärtsviktpatienter i Mexikoregionen. De ville undersöka hur effektiv telefonrådgivning var när det gällde att minska sjukhusvistelsen och att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten och depressioner hos dessa gamla lågutbildade latinamerikaner i Mexikoregionen. I studien ingick 134 personer som delades in i en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. Alla deltagare i studien fick information om sjukdomen innan de lämnade sjukhuset. Interventionsgruppen fick också uppföljande telefonsamtal 11-16 gånger under en sexmånadersperiod. Telefonuppföljningen var standardiserad och sjuksköterskorna följde ett dataprogram ("At home with heart failure") som vägledde rådgivaren till att få med de faktorer (till exempel dålig följsamhet till medicinering och kostrekommendationer) som tidigare hade visat sig ha effekt på återkommande sjukhusvistelser hos patienter med hjärtsvikt. Andra faktorer som ingick i dataprogrammet var att undervisa patienten med avsikt att förbättra egenvårdsförmågan, som till exempel att kunna se tecken på sjukdomsförsämring. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de båda grupperna när det gällde sjukhusvistelse, graden av återinsjuknande i hjärtsvikt, antal dagar på sjukhus relaterat till hjärtsvikt, vårdkostnader relaterat till hjärtsvikt, dödsfall, hälsorelaterad livskvalitet, eller depression. Den här interventionen har tidigare använts och visat sig vara effektiv på den allmänna befolkningen men passar dåligt till gruppen gamla, lågutbildade, hjärtsviktssjuka latinamerikaner (*ibid.*).

3.2.2 Fysisk aktivitet

I en studie som handlar om hur olika träningsmetoder påverkar patienter med hjärtsvikt har Beckers *et al.* (2008) jämfört effekterna av en motstånds- och uthållighetsträning (CT) med effekterna av uthållighetsträning (ET). De gjorde en klusterrandomiserad studie där den ena gruppen hamnade i CT och den andra i ET. Hos patienter med hjärtsvikt hade CT en mer

uttalad effekt på den medelintensiva träningskapaciteten, muskelstyrka, och den hälsorelaterade livskvaliteten jämfört med de som fick ET. Dessa resultat tillsammans med det faktum att syresättningens kapacitet var lika i de båda träningsgrupperna, talar starkt för att en större studie bör göras med klinisk tillämpning på den här specifika träningen med patienter med hjärtsvikt (*ibid.*). Tidigare i den här resultatredovisningen har RAM visat sig ge signifikanta förbättringar på patienternas livskvalitet, funktionella status, socialt stöd, fysiologiska värden och den emotionella statusen. Fysisk träning ingår som en del i RAM (Bakan & Akyol, 2008).

Tyni-Lenné, Dencker, Gordon, Jansson och Sylvén (2000) har gjort en jämförande studie med syfte att testa hypotesen att fysisk träning tillsammans med noggrann lokal muskelträning kan förbättra syreupptagningsförmågan och den fysiska kapaciteten liksom den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt. Tjugofyra män och kvinnor ingick i studien, 16 personer tillhörde interventionsgruppen som fick träna och 8 personer fick tillhöra kontrollgruppen. Träningen gick ut på att aktivera alla stora muskelgrupper, en i taget. Patienterna tränade 1 timme, 3 gånger per vecka i 8 veckors tid. Patientgrupperna hade samma fysiska status vid studiens början. Den maximala syreupptagningsförmågan, distansen som avlades i ett 6- minuters gångtest, den hälsorelaterade livskvaliteten, och noradrenalinhalten i plasma i vila och under medelhård fysisk aktivitet förbättrades efter träningsprogrammet som interventionsgruppen genomförde. Ingen förändring uppmättes i kontrollgruppen, bortsett från den försämrade maximala syreupptagningsförmågan och försämrade livskvalitetsparametrar. Denna form av träning som övervakas av en fysioterapeut kan rekommenderas vid rehabilitering av patienter med hjärtsvikt (*ibid.*).

I Miche *et al.* (2009) studie jämfördes den fysiska och mentala statusen mellan äldre (>70 år) och yngre (<70 år) patienter med hjärtsvikt som deltog i ett fyra veckors uthållighetsträningsprogram, de följdes upp efter 4 veckor och efter 6 månader. De faktorer som utvärderas är: hjärt-lung kapaciteten hos patienter med hjärtsvikt som följer uthållighetsträningsprogrammet, livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt under uthållighetsprogrammet och att utreda nivån av oro och depression hos patienter med hjärtsvikt som följer uthållighetsträningsprogrammet. I de båda grupperna visas en signifikant förbättring av livskvaliteten efter det 4 veckor långa träningsprogrammet, efter 6 månader hade den äldre gruppen en signifikant försämring av livskvaliteten medan den yngre gruppen behöll sin livskvalitet. Studiens resultat betonar vikten av en noggrann intervention särskilt

när det gäller äldre patienter, om livskvaliteten ska förbättras. Miche *et al.* (2009) ståndpunkt är att behandling av patienter med hjärtsvikt måste bestå av flera olika yrkeskompetenser som arbetar som ett team.

3.2.3 Socialt stöd

I studien av Bakan och Akyol (2008) som utgår ifrån RAM, används ett frågeformulär som heter *Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)-short form* som mäter socialt stöd. Undergrupper i frågeformuläret är följande; handgripligt stöd, värderande stöd och tillhörande stöd. Studien av Bakan och Akyol (2008) visade signifikanta förbättringar på patienternas livskvalitet, funktionella status, sociala stöd, fysiologiska värden och den emotionella statusen.

Krethong, Jirapaet, Jitpanya och Sloan (2008) har testat en orsaksmodell baserad på Wilson och Clearys hälsorelaterade livskvalitet hos Thailändska patienter med hjärtsvikt. De undersökte orsaksrelationerna mellan biofysisk status, symtom, funktionell status, generell hälsouppfattning och hälsorelaterad livskvalitet som visades i modellen och till den lades faktorn, socialt stöd. Den största påverkan på livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt var symtomstatusen. Socialt stöd hade en negativ direkt effekt på hälsorelaterad livskvalitet. Socialt stöd hade ingen direkt effekt på den funktionella statusen men den kunde minska symtomen hos patienterna med hjärtsvikt. De indirekta effekterna av socialt stöd på funktionell status genom symtomstatus bör tas med i övervägandet när utveckling av omvårdnadsinterventioner görs (*ibid.*). Krethong *et al.* (2008) kom fram till att Thailändska patienter med hjärtsvikt uppfattade sig vara en belastning när de tog emot hjälp och stöd.

Bennet *et al.* (2001) beskriver det upplevda sociala stödet i början av sjukhusvistelsen och 12 månader senare bland patienter med hjärtsvikt, för att utröna skillnader i det sociala stödet i anknytning till ålder och kön och för att undersöka om socialt stöd är en prediktor för den hälsorelaterade livskvaliteten. Socialt stöd vid studiens början förutsade inte den hälsorelaterade livskvaliteten 12 månader senare, men förändringar i socialt stöd förutsade en signifikant skillnad i den hälsorelaterade livskvaliteten. I det stora hela uppfattades stödet vara måttligt till högt men det fanns stora variationer över tid. Män som var yngre än 65 år sade sig ha mindre stöd än andra patientgrupper. En viktig slutsats är att förändringar i socialt stöd var en signifikant prediktor för förändringar i den hälsorelaterade livskvaliteten (*ibid.*).

I denna kvalitativa studie av Dekker, Peden, Lennie, Schooler och Moser (2009) intervjuades 10 patienter med hjärtsvikt, 5 män och 5 kvinnor. Dekker *et al.* (2009) undersökte hur patienter med hjärtsvikt beskrev sina depressiva symtom, vilka faktorer som påverkade och vilka strategier som patienterna med hjärtsvikt hade för att hantera sina depressiva symtom. Patienterna med hjärtsvikt upplevde symtomen på depression lika som övriga befolkningen upplevde depressiva symtom. Vårdpersonalen ska bedöma patienterna med hjärtsvikts stressfaktorer som försämrar de depressiva symtomen. Strategier som forskare och vårdpersonal kan använda för att minska de depressiva symtomen för patienterna med hjärtsvikt inkluderar att engagera patienterna med i olika aktiviteter, positivt tänkande och andlighet. Dekker *et al.* (2009) menar att det är viktigt att hjälpa patienterna hitta ett utökat socialt stöd. Samtliga av de 10 deltagarna i den här studien tyckte att socialt stöd var en viktig faktor för att minska depressiva symtom. Familjen och vännerna stöttade genom att ge emotionellt, fysiskt och ekonomiskt stöd (*ibid.*).

Tabell 2. Vetenskapliga artiklar som redovisar evidensgraden angående omvårdnadsåtgärder som kan bibehålla eller förbättra livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt.

Symbol	Omvårdnadsåtgärder	Författare	Kvalitetsgrad	Evidensgrad
I	Att undervisa patienter med hjärtsvikt	Bakan och Akyol 2007 Holst <i>et al.</i> 2007 Lennie <i>et al.</i> 2008 Riegel <i>et al.</i> 2006 Shearer <i>et al.</i> 2006 Shively <i>et al.</i> 2004	Hög Hög Medel Medel Medel Hög	1
II	Att uppmana patienter till fysisk aktivitet	Bakan och Akyol 2007 Beckers <i>et al.</i> 2008 Miche <i>et al.</i> 2009 Tyni-Lenné <i>et al.</i> 2001	Hög Hög Medel Medel	1
IV	Att främja socialt stöd	Bakan och Akyol 2007 Bennett <i>et al.</i> 2001 Dekker <i>et al.</i> 2009 Krethong <i>et al.</i> 2008	Hög Medel Medel Hög	1

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder med evidensgrad 3 (begränsat vetenskapligt underlag) inkluderades ej i resultatet (evidensgraderingsskala, bilaga V). Ett fullt antal av använda vetenskapliga artiklar presenteras i bilaga VI.

4 DISKUSSION

4.1 Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med föreliggande studie var att undersöka vilka av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder och vilken form av undervisning som bevarar eller förbättrar livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt. Resultatet i föreliggande studie visade att sjuksköterskor som arbetar med patienter med hjärtsvikt kan utföra följande evidensbaserade omvårdnadsåtgärder: *undervisa patienter med hjärtsvikt (I), uppmana patienter till fysisk aktivitet (II) och främja socialt stöd (IV)*. Dessa sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vilar på starkt vetenskapligt underlag.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Undervisa patienter med hjärtsvikt

Vid undervisning av patienter anser Dulong och Poulsen (1993) att den ska ske på individanpassad nivå och vara utformad som en dialog där sjuksköterskan och patienten möts på samma nivå. Shively *et al.* (2004) använde sig av en modell som innefattade utbildning och information som gavs enskilt i syfte att sätta upp individuella mål för att åstadkomma livsstilsförändringar. Patienterna som följde den här modellen uppnådde en signifikant förbättrad självrapporterad sjukdomsspecifik hälsorelaterad livskvalitet (*ibid.*). Sheare *et al.* (2006) har använt ett egenvårdsprogram som innefattade att ge stöd och information till patienten för att de skulle kunna sätta upp individuella realistiska mål. Denna intervention gav en förbättrad självupplevd funktionell hälsa (*ibid.*). Även Bakan och Akyol (2008) har som en del i sin intervention (RAM), stöd och undervisning för att hjälpa patienten att sätta upp individuella mål i syfte att uppnå livsstilsförändringar. RAM innehåller även ett flertal andra komponenter som tillsammans med individuella målsättningar visat på signifikanta förbättringar av patienterna med hjärtsvikts livskvalitet (*ibid.*). Skribenterna anser att sjuksköterskans undervisning om hjärtsvikt kan ske i grupp men sedan bör det i en enskild dialog mellan patient och sjuksköterska sättas individanpassade mål. Dulong och Poulsen (1993) och Bakan och Akyol (2008) tycker att det är en fördel att låta närstående delta i undervisningen för att på så sätt få möjlighet att stötta varandra under sjukdomsförloppet.

Lennie *et al.* (2007), Holst *et al.* (2007), Riegel *et al.* (2006) har i sina studier inte fått fram några signifikanta förbättringar av livskvaliteten genom undervisning för patienter med hjärtsvikt. Lennie *et al.* (2007) undersökte beträffande saltreducerad kost, om kunskaper, attityder, svårigheter/hinder kunde öka följsamheten till födan. Forskarna kom fram till att det

behövdes en grundligare ansats med alla faktorerna gemensamt inräknade för att ge en förbättring av följsamheten till saltreducerad kost. Skribenterna anser att kunskap, attityder och svårigheter/hinder är viktiga faktorer att ha i beaktande i rollen som sjuksköterska vid patientundervisning. Skribenterna håller med Dulong och Poulsen (1993) när de påstår att viktiga aspekter för sjuksköterskan att tänka på vid patientundervisning är att patienten är medveten om att hon behöver lära sig mer och att hon är intresserad av att få mera kunskap. Skribenterna anser att kunskap är den enskilt viktigaste faktorn då den även kan påverka attityder som i sig kan utgöra hinder att följa en intervention. Holst *et al.* (2007) kom fram till att egenvårdsbeteendet och den hälsorelaterade livskvaliteten vid hjärtsvikt inte förändrades efter ett utbildningstillfälle och ett år av månatlig telefonuppföljning. Riegel *et al.* (2006) undersökte hur effektiv telefonrådgivning var när det gällde att minska sjukhusvistelsen och att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten hos gamla lågutbildade latinamerikaner. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen på någon av de faktorer som undersöktes, där var även den hälsorelaterade livskvaliteten inräknad. Interventionen har tidigare använts och visat sig effektiv på den allmänna befolkningen men passade dåligt på den här populationen (*ibid.*). Resultaten av föreliggande studier angående telefonuppföljning har inte visat sig ge önskad effekt på den hälsorelaterade livskvaliteten. Dock har det framkommit i Riegel *et al.* (2006) att telefonrådgivning varit effektiv men den passar inte för alla populationer. Skribenterna anser att telefonrådgivning bör kunna fungera men den passar inte alla, sjuksköterskan måste se till varje patients individuella behov och anpassa omvårdnaden därefter.

4.2.2 Uppmana patienter till fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan utföras på olika sätt. I en studie av Beckers *et al.* (2008) jämförs två olika träningsmetoder med varandra. Forskarna kom fram till att det var mera effektivt att träna med motstånd- (nio olika skelettmuskelgrupper aktiverades) och uthållighet än enbart uthållighet. Hos patienter med hjärtsvikt hade kombinationsträningen en mer uttalad effekt på den medelintensiva träningskapaciteten, muskelstyrka och den hälsorelaterade livskvaliteten jämfört med dem som fick träna enbart uthållighet (*ibid.*). Skribenterna har noterat effekten av motståndsträning men anser att den går utanför sjuksköterskans yrkeskompetens.

Även Tyni-Lenné *et al.* (2000) jämförde två grupper där interventionsgruppen fick träna alla stora muskelgrupperna medan kontrollgruppen inte hade någon träning. Den maximala syreupptagningsförmågan, distansen som avlades i ett 6- minuters gångtest, den hälsorelaterade livskvaliteten, och noradrenalinhalten i plasma vid vila och under medelhård

fysisk aktivitet förbättrades efter träningsprogrammet. Ingen förändring uppmättes i kontrollgruppen, bortsett från den försämrade maximala syreupptagningsförmågan och livskvalitetsparametrar (*ibid.*). Miche *et al.* (2009) jämförde äldre (>70 år) med yngre (<70 år) patienter med hjärtsvikt efter att de har genomfört ett 4 veckor långt uthållighetsträningsprogram. I de båda grupperna visas en signifikant förbättring av livskvaliteten efter det 4 veckor långa träningsprogrammet, efter 6 månader hade den äldre gruppen en signifikant försämring av livskvaliteten medan den yngre gruppen behöll sin livskvalitet. Studiens resultat betonar vikten av en noggrann intervention särskilt när det gäller äldre patienter, om livskvaliteten ska förbättras (*ibid.*). I studien av Tyni-Lenné *et al.* (2000) framkom att den grupp som inte tränade fick försämrad fysisk hälsa jämfört med den grupp som tränade. Skribenterna har sett att träning har gett effekt i föreliggande studies resultat och att fysisk aktivitet är av betydelse när det gäller att bibehålla och förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten. Skribenterna har även fått den uppfattningen att sjuksköterskan har en viktig roll i att motivera och stödja patienter med hjärtsvikt till fysiska aktiviteter men att det är viktigt att se till den enskilde patientens möjligheter.

4.2.3 Främja socialt stöd

Bennet *et al.* (2001) har undersökt om socialt stöd är en prediktor för den hälsorelaterade livskvaliteten. Socialt stöd vid studiens början förutsade inte den hälsorelaterade livskvaliteten 12 månader senare, men förändringar i socialt stöd predikerade en signifikant skillnad i den hälsorelaterade livskvaliteten. En viktig slutsats är följaktligen att förändringar i socialt stöd var en signifikant prediktor för förändringar i den hälsorelaterade livskvaliteten (*ibid.*). När det gäller stressfaktorer som försämrar depressiva symtomen hos patienter med hjärtsvikt så anser Dekker *et al.* (2009) att vårdpersonalen kan använda sig av olika strategier som till exempel att engagera patienten i olika aktiviteter, i positivt tänkande och andlighet. Dekker *et al.* (2009) menar att det är viktigt att hjälpa patienterna till ett utökat socialt stöd. Samtliga deltagare i den här studien tyckte att socialt stöd var en viktig faktor för att minska depressiva symtom. Familjen och vännerna stöttade genom att ge emotionellt, fysiskt och ekonomiskt stöd (*ibid.*). I studierna av Bennet *et al.* (2001) och Dekker *et al.* (2009) framkom att socialt stöd är en essentiell faktor för den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt. Skribenterna anser att socialt stöd är en grundläggande faktor för den hälsorelaterade livskvaliteten, men att den bör anpassas efter den enskilde patientens behov och önskemål. Här har sjuksköterskan en viktig roll i omvårdnaden av patienten, att se hennes behov och stödja genom upplysningar, förklaringar, förslag och råd (Jahren-Kristoffersen *et al.* 2007).

Skribenterna håller med Jahren-Kristoffersen *et al.* (2007) som menar att det är viktigt att ha någon att lita på och att kvaliteten på relationen är viktigare än hur ofta och många man träffar. Krethong *et al.* (2008) har kommit fram till att socialt stöd hade en negativ direkt effekt på hälsorelaterad livskvalitet hos Thailandiska patienter med hjärtsvikt. Det här fyndet överrensstämmer inte med tidigare litteratur om socialt stöd. Thailandiska patienter med hjärtsvikt uppfattade sig vara en belastning när de tog emot hjälp och stöd. Detta bör tas i beaktning då thailandiska patienter vårdas, men även vid vård av patienter från andra kulturer (*ibid.*). Skribenterna har den uppfattningen att patienter som är beroende av hjälp kan känna sig som en belastning oavsett vilken kultur hon kommer ifrån, det är säkert mycket individuellt hur den här typen av situation upplevs.

4.3 Metoddiskussion

Föreliggande studie genomfördes som en systematisk litteraturstudie. Artiklarna söktes via biblioteket på Högskolan Dalarna. Databaserna som användes var ELIN och CINAHL. Sammanlagt 15 artiklar från de 2 databaserna användes i studiens resultat, 14 artiklar var kvantitativa och 1 kvalitativ. Granskningsmallar modifierade efter förlagor av Forsberg och Wengström (2008) och Willman *et al.* (2006) med på förhand fastställda kriterier användes för att kvalitetsbedöma och granska artiklarna. Därefter evidensgraderades de framkomna omvårdnadsåtgärderna som sjuksköterskor har att utföra hos patienter med hjärtsvikt enligt Bahtsevanis (2008) tillämpbara rekommendation för evidensgradering. De instrument som användes bidrog till en god reliabilitet i föreliggande studies resultat. Skribenterna anser den externa validiteten vara hög eftersom riktlinjer och mallar för systematiska litteraturstudier som fanns till förfogande har följts, detta bidrar till att studien går att upprepa och att resultatet är generaliserbart. Artiklarna som användes i den här litteraturstudien var från år 2000-2009, för att få med den senaste forskningen. En styrka med studien anser skribenterna vara att artiklarna som ingår i resultatet kommer från flera olika världsdelar Europa, Asien, Nord- och Sydamerika och Australien. Vid artikelsökningen användes följande sökord; **heart, failure, health related quality of life, nurs* och education**, skribenterna anser att dessa sökord motsvarade studiens syfte. Denna systematiska litteraturstudie hade som syfte att undersöka vilka av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder som bevarar eller förbättrar livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt. Skribenterna anser att studiens resultat svarade väl på studiens syfte vilket stärker studiens interna validitet. Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder som framkom var kända sedan tidigare och föreliggande studies resultat stärkte evidensen ytterligare. En svaghet i studien kan vara att skribenterna har haft vissa svårigheter med

översättningen av artiklarna till svenska och det kan ha gett en felaktig tolkning, då nyanser i språket kan tolkas olika. De båda skribenterna har hjälpts åt med översättningen och diskuterat artiklarnas innehåll, därefter gemensamt kommit fram till hur studiens resultat ska tolkas. Skribenterna anser därför att mellanbedömarreliabilitet har uppnåtts i föreliggande studie.

4.4 Omvårdnadsteoretisk diskussion

I föreliggande studie används Callista Roy's adaptions modell (RAM) som omvårdnadsteoretisk referensram. I denna systematiska litteraturstudies resultat framkom att sjuksköterskan har följande evidensbaserade omvårdnadsåtgärder att använda sig av vid vård av patienter med hjärtsvikt; *att undervisa patienter med hjärtsvikt (I)*, *att uppmana till fysisk aktivitet (II)* och *att främja socialt stöd (IV)*. Angående dessa evidensbaserade omvårdnadsåtgärder visar resultaten i föreliggande studie att sjuksköterskan har en essentiell uppgift att stödja patienten genom att hjälpa henne att sätta upp individuell mål. Nyckel begrepp i RAM är människa, mål, hälsa, miljö och omvårdnadshandlingar. Begreppet människa definieras som den som tar emot omvårdnad. Mål definieras i den här omvårdnadsmodellen som att befrämja adaptation inom de fyra adaptiva funktionsområden som bidrar till hälsa, dessa områden är, fysiologiska funktioner, självuppfattning, rollfunktion samt relation och samhörighet (Johnsson- Lutjens *et al.* 1995). Roy anser att individen äger en kreativ kraft och har ett målmedvetet beteende och hon strävar efter att bibehålla sin integritet för att uppnå hälsa. Begreppet hälsa definieras som *"tillståndet och processen att vara och bli en integrerad och hel person"* (Johnsson- Lutjens *et al.* 1995, s.21), tillståndet hälsa berör adaptionsprocessen på vart och ett av de fyra adaptiva funktionsområdena. Miljö begreppet definieras av Roy som *"Alla förhållanden, omständigheter och influenser som omger och påverkar utveckling och beteende hos individer"* (Johnsson- Lutjens *et al.* 1995, s.22). Individens miljö är således alla stimuli, både externa och interna (Johnsson- Lutjens *et al.* 1995). Ett annat ord för begreppet omvårdnadshandlingar är omvårdnadsprocessen och den består enligt Roy av sex steg; bedömning av beteende, bedömning av stimuli, omvårdnadsdiagnos, målformulering, intervention och utvärdering (Cortez, Cristobal, Cutay, Daniel & De Jesus, 2008). Roy använder två bedömningsnivåer, den första nivån bedömer beteendet inom de fyra adaptiva funktionerna. Sjuksköterskan gör på den här första nivån en initial bedömning av tillståndet hos patientens beteende om det är adaptivt (som kan förstärkas) eller ineffektivt (som behöver förbättras). Beteendet visar hur väl individen förmår att anpassa sig och bemästra sitt förändrade hälsotillstånd. Roy's andra bedömningsnivå går ut

på att identifiera fokala (inre eller yttre stimuli som individen direkt konfronteras med), kontextuella (miljöfaktorer) eller residuala (de beteende som har en obestämmd effekt på individen) stimuli (Johnsson- Lutjens *et al.* 1995). Genom att påverka stimuli och inte patienten så kan sjuksköterskan förbättra samspelet mellan människan och hennes miljö och därmed befrämja hälsa (Cortez *et al.* 2008). Studien av Bakan och Akyol (2007) har visat på goda resultat angående den hälso relaterade livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt när de använt RAM. Skribenterna anser att RAM är en passande modell att ha som utgångspunkt vid omvårdnad av patienter med hjärtsvikt eftersom människans ses som en bio- psyko- social varelse. RAM berör dessa dimensioner av människan och för att uppnå hälsa behöver individen vara en integrerad och hel person där alla bitar tillsammans flätas samman.

4.5 Studiens kliniska betydelse

Resultatet i föreliggande studie visade att sjuksköterskor som arbetar med patienter med hjärtsvikt har betydelsefulla omvårdnadsåtgärder att utföra för att hjälpa dem uppnå eller bibehålla en god hälsorelaterad livskvalitet. Sjuksköterskan ska utgå från den enskilde individen och hjälpa denne att sätta upp egna mål genom undervisning/information. Det är angeläget att sjuksköterskor är medvetna om detta och att de har en viktig roll när det gäller att hjälpa och stödja patienter med hjärtsvikt. Skribenterna anser att föreliggande studie med dess resultat är värdefull för sjuksköterskor som arbetar med omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt.

4.6 Förslag till vidare forskning

Föreliggande studie undersökte vilka omvårdnadsåtgärder som är effektiva när det gäller att förbättra eller bibehålla den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt. Utifrån de evidensbaserade omvårdnadsåtgärder som framkom i denna studies resultat är skribenterna intresserade av att få en djupare förståelse hur sjuksköterskor kan hjälpa patienterna att hantera sin sjukdom. Genom att göra en kvalitativ studie där patienter med hjärtsvikt intervjuas angående vad de upplever som mest betydelsefullt i omvårdnaden. Dessa studier skulle kunna leda till att förbättra patientundervisningen samt att stärka sjuksköterskornas roll i kontakten med patienterna med hjärtsvikt.

4.7 Konklusion

Prevalensen av hjärtsvikt ökar med stigande ålder och är den enda hjärtsjukdom som ökar i västvärlden, cirka 10 % av befolkningen över 75 år har diagnosen hjärtsvikt. Hjärtsvikt utgör följaktligen ett stort folkhälsoproblem och tar därmed ansevärd resurser av sjukvården i anspråk. Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att undersöka vilka av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder och vilken form av undervisning som bevarar eller förbättrar livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt. De främsta omvårdnadsåtgärderna som framkom vid artikelgranskningen var *att undervisa patienter med hjärtsvikt, att uppmana till fysisk aktivitet och att främja socialt stöd* för denna patientgrupp. Dessa omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskans har att utföra vilade på starkt vetenskaplig grund. Som omvårdnadsteoretisk referensram användes Callista Roy's adaptionsmodell. Resultatet i föreliggande studie har visat att träning har gett effekt och att fysisk aktivitet är av betydelse när det gäller att bibehålla och förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten. Socialt stöd är en grundläggande faktor för den hälsorelaterade livskvaliteten, men den bör anpassas efter den enskilde patientens behov och önskemål. Sjuksköterskans undervisning ska utformas efter den enskilde individens behov och förutsättningar samt hjälpa henne sätta upp individanpassade mål. Patienter med hjärtsvikt har en kronisk, irreversibel och progressiv sjukdom som de har att bemästra. Sjuksköterskan har därför betydelsefulla omvårdnadsåtgärder att utföra i syfte att ge dessa patienter med hjärtsvikt en förbättrad eller bibehållen livskvalitet.

5 REFERENSER

5.1 Litteraturförteckning

Almås, H. (2006). *Klinisk omvårdnad 1*. (1:a uppl.). Stockholm: Liber AB.

Asplund, K. Berglund G. Lindgren, S. & Lindholm, N. (2002). *Internmedicin*, (3:e uppl.). Falköping: Liber AB.

Bakan, G. & Akyol, A.D. (2007). Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 596-608.

Bathsevani, C. (2008). *In Search of Evidence- Based Practice*. (1:a uppl.). Malmö: Holmbergs.

Beckelman, D-B. Havrenek, E-P. Becker, D-M. Kutner, J-S. Peterson, P-N. Wittstein, I-S. *et al.* (2007). Symptoms, Depression, and Quality of Live in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643-648.

Bennett, S.J. Perkins, S.M. Lane, K.A. Deer, M. & Murray, M.D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of life research*, 10, 671-682.

Beckers, P.J. Denollet, J. Possemiers, N.M. Wuyts, F.L. Vrints, C.J. & Conraads, V.M. (2008). Combined endurance-resistance training vs. endurance training in patient with chronic heart failure: a prospective randomized study. *European Heart Journal*, 29, 1858-1866

Bergh, C-H. Cider, Å. Ekman, I. Fu, M. Kjörek, E. Klintberg, L. *et al.* 2005. *Vårdprogram för vuxna med hjärtsvikt*. Hämtad 26 oktober, 2009, 11.09. från Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Medicin och Kardiologi.
<<http://www.vgregion.se/upload/SU/Dokument/medinfo/vphjartsvikt.pdf>>

Cortez, J. Cristobal, M. Cutay, R. A. Daniel, J. & De Jesus, D.(2008). *Nursing theories*. Hämtad 6 november, 2009, 09.00. från Philippines Open University.
<<http://nursingtheories.blogspot.com/2008/07/sister-callista-roy-adaptation-theory.htm>>

Dekker, R.L. Peden, A.R. Lennie, T.A. Schooler, M.P. & Moser, D.K. (2009). Living with depressiv symptoms: Patients with heart failur. *American Journal of Critical Care* 18(4), 310-318.

ageset, J. Eide, G-E. Nygaard, H-A. Bondevik, M. Nortvedt, M-W. & Natvig, G-K. (2008). The impact of social support and sence of coherence on health-related quality of lifeamong nursing home residents- A questionnaire survey in Bergen, Norway. *International journal of nursing studies*. 46, 66-76.

Dulong, J. & Poulsen, C. (1993). *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E. & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, E. & Nordlund, A. (2002). *Rapport*. Hämtad 26 oktober, 2009, 11.48. från Folkhälsovetenskapligt Centrum.

<http://www.lio.se/upload/Landstningsgem%20dok/FHVC/2002_1_H%C3%A4lsa_h%C3%A4lsorel_livskval.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (2:a uppl.). Falun: Natur och kultur.

Grefberg, N. (Red.) & Johansson, L-G. (Red.). (2008). *Medicinboken*. (4:e uppl.). Stockholm: Liber AB.

Henriksson, O. & Rasmusson, M. (2003). *Fysiologi med relevant anatomi*. Lund: Studentlitteratur.

Hedner, L-P. Danielsson, Å. Juliusson, G. Midgren, B. Persson, G. Rollof, J. *et al.* (2007). *Invärtes medicin*, Lund: Studentlitteratur.

Holst, M. Willenheimer, R. Mårtensson, J. Lindholm, M. & Strömberg, A. (2007). Telephone follow-up of self-care behavior after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *European Journal of cardiovascular Nursing*, 6, 153-159.

Jahren Kristoffersen, N. Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2007). *Grundläggande omvårdnad 4*. Stockholm: Liber AB.

Jonsson- Lutjens, L.R. (1991). *Callista Roy An Adatation Model*. USA: Sage publication.

Jonsson- Lutjens, L.R. Reynolds, C.L. Leininger, M. & Reed, K.S. (1995). *Omvårdnadsteorier III*. Lund: Studentlitteratur.

Krethong, P. Jirapaet, V. Jitpanya, C. & Sloan, R. (2008). A causal model of health-related quality of life in Thai patients with heart failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 254-260.

Lennie, T.A. Worall- Carter, L. Hammash, M. Odom- Forren, J. Roser, L.P. Smith, C.S. *et al.* (2008). Relationship of heart failure patients' knowledge perceived barriers, and attitudes regarding low sodium diet recommendations to adherence. *Progress in cardiovascular Nursing*, 23, 6-11.

Lernfeldt, B. & Wallén, T. (2003). *Evidensbaserad äldrevård*. Hämtad 25 maj, 2009, 13.38. från SBU rapport. 131-140.

<http://www.sbu.se/sv/Sok-siteseeker/?id=8822&defl=5&deff=1&q=Hj%c3%a4rtsvikt&resid=1734575198&defbn=3&uaid=FE18897CCE3D8BF6ECFCDA72D9E8B73%3a3133302E3234332E33352E313339%3a5245474498501680685>>

Miche, E. Roelleke, E. Zoller, B. Wirtz, U. Schneider, M. Huerst, M. *et al.* (2009). A longitudinal study of quality of life in patients with cronic heart failure following an exercise training program. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 281-287.

Park, C.L. Malone, M.R. Suresh, D.P. Bliss, D. & Rosen, R.I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res*, 17, 21-26.

Rabelo, E.R. Aliti, G.B. Domingues, F.B. Rushel, K.B. Brun, A.O. & Gonzales, S.B. (2007). Impact of nursing systematic education on diseases knowledge and self-care at a heart failure

clinic in Brazil: prospective an nterventional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 6(3), 1-9.

Rafii, F. Shahpoorian, F. & Azarbaad, M. (2008). The reality of learning self-care needs during hospitalization: patients´and nurses´perceptions. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 16(2), 34-39.

Riegel, B. Carlsson, B. Glaser, D. & Romero, T. (2006). Randomized contolled trial of telephone case management in hispanics of Mexican origin with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12(3), 211-219.

Shearer, N.B.C. Cisar, N. & Greenberg, E.A. (2007). A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart & Lung*, 36(3), 159-169.

Shively, M. Kodath, M. Smith, T.L. Kelly, A. Bone, P. Fetterly, L. *et al.* (2005). Effect of behavioral management on quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial. *Patient education and Counseling*, 58, 27-34.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1980:100. Sekretesslagen. Stockholm: Riksdagen.

SOSFS 1996:9 Socialstyrelsens allmänna råd om egenvård. Stockholm: Socialstyrelsen.

Tyni-Lenné, R. Dencker, K. Gordon, A. Jansson, E. & Sylvén, C. (2001). Comprehensive local muscle training increases aerobic working capacity and quality of life and decreases neurohormonal activation in patients with cronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 3, 47-52.

Ullman, B. (2008). *Vårdprogrammet: Hjärtsvikt*. Hämtat 2 November, 2009, från Södersjukhuset:

<http://www.viss.nu/CONTENT/HJARTA-KARL/Hjartsvikt/_vp/text.htm>

Willman, A. Stoltz, P. & Bathsevani, C. (2008). *Evidensbaserad omvårdnad*. (2:a uppl.).
Lund: Studentlitteratur.

Yu, S.F. Lee, T.F. Kwong, N.T. Thompson D.R. Woo, J. Abhayaratna, W.P. *et al.* (2007).
Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of
Advanced Nursing*, 61(5), 474-483.

BILAGA I

Diagnostisering

European Society of Cardiology definierar hjärtsvikt på följande vis:

1. *Symtom på hjärtsvikt i vila eller arbete*
2. *Objektiva tecken på nedsatt hjärtfunktion i vila*
3. *Effekt av behandling mot hjärtsvikt*

Kriterium 1 och 2 ska vara uppfyllda. Kriterium 3 används när diagnosen är tveksam (Lernfelt & Wallén, 2003, s131)

Klassificering

NEW YORK HEART ASSOCIATION (NHYA)

Klass I: Ingen funktionsinskränkning

Klass II: Lätt funktionsinskränkning. Mer än måttlig fysisk aktivitet resulterar i symtom

Klass III: Markerad funktionsinskränkning. Opåverkad i vila, men lätt till måttlig fysisk aktivitet resulterar i symtom.

Klass IV: Symtom redan i vila som ökar vid varje fysisk aktivitet

LIKERT SKALA

att använda vidfrågan: Vid vilka situationer blir du andfådd(alternativt trött)?

1. *Är aldrig andfådd eller trött*
2. *När jag går uppför en trappa*
3. *Går på plan mark*
4. *Långsam gång på plan mark eller när jag duschar eller tar på kläder*
5. *I vila*

(Bergh et al., 2005, s4)

BILAGA II

Roy's vetenskapliga antaganden.

1. Människan är en bio-psyko-social varelse.
2. Människan befinner sig i ständig interaktion med en föränderlig miljö.
3. För att bemästra en föränderlig värld begagnar sig människan både av inneboende och förvärvade copingmekanismer, som kan vara av biologisk, psykologisk och sociala natur.
4. Hälsa och sjukdom är en oundviklig dimension av livet.
5. För att reagera positivt på förändringar i miljön måste människan ha förmåga till adaption.
6. Människans adaption är en funktion av de stimuli för vilka hon exponeras för och hennes adaptationsnivå.
7. Människans adaptationsnivå utgörs av en zon som indikerar de former av stimulering som leder till en positiv respons.
8. Människan har fyra adaptiva funktioner: fysiologiska funktioner, självuppfattning, rollfunktion samt relation och samhörighet (interdependence)

Roy's filosofiska antaganden

De 4 filosofiska antaganden som bygger på humanismens princip är följande:

1. Individen besitter en kreativ kraft,
 2. Beter sig målmedvetet, inte bara i en sekvens av orsak och verkan,
 3. Besitter en inneboende helhet, och
 4. Strävar efter att bevara sin integritet och tillgodose sitt behov av relation och samhörighet.
- (Johnsson- Lutjens *et al.* 1995, s.19).

Roy's egen term ” Veritivity”.

Roy har myntat termen *veritivity* som är avledd från det latinska ordet *veritas*, som betyder sanning. Följande 4 filosofiska antaganden grundar sig på veritivity-principen:

1. Individen ses i en kontext av den mänskliga existensens meningsfullhet,
 2. Mänsklighetens gemensamma mål,
 3. Aktivitet och kreativitet för det gemensamma goda, och
 4. Värderingar och mening med livet.
- (Johnsson- Lutjens *et al.* 1995, s.19).

BILAGA III

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING av KVANTITATIVA STUDIER

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterier relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Finns populationen beskriven?		
15	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16	Anges bortfallets storlek?		
17	Kan bortfallet accepteras?		
18	Anges var studien genomfördes?		
19	Anges när studien genomfördes?		
20	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24	Besvaras studiens frågeställningar?		
25	Är studien etiskt granskad eller diskuteras etiken?		
26	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
27	Diskuterar författarna studiens interna validitet?		
28	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
Summa			

Max poäng: 28

Erhållen poäng

Kvalitet:

låg

medel

hög

BILAGA IV

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING av KVALITATIVA STUDIER

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är frågoställningen tydligt formulerad?		
7	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
8	Är designen relevant utifrån syftet?		
9	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
10	Är inklusionskriterierna relevanta?		
11	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
12	Är exklusionskriterierna relevanta?		
13	Är urvalsmetoden beskriven?		
14	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
15	Är undersökningsgruppen beskriven?		
16	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
17	Anges var studien genomfördes?		
18	Anges när studien genomfördes?		
19	Anges vald datainsamlingsmetod?		
20	Är data systematiskt insamlade?		
21	Presenteras hur data analyserats?		
22	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
23	Besvaras studiens syfte?		
24	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
25	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
26	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
27	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
28	Är bakgrundsvariablerna för undersökningsgruppen beskrivna?		
Summa			

Max poäng: 28

Erhållen poäng

Kvalitet:

låg

medel

hög

BILAGA V

Gradering av evidensstyrka vid formulering av slutsatser ur Bahtsevani (2008).

Evidensgrad I: Starkt vetenskapligt underlag. Minst två studier med hög kvalité, eller en systematisk review/meta-analys med hög kvalité.

Evidensgrad II: Måttligt vetenskapligt underlag. En studie med hög kvalité och minst två studier med måttlig kvalité.

Evidensgrad III: Begränsad vetenskapligt underlag. En studie med hög kvalité eller minst två studier med måttlig kvalité.

Evidensgrad IV: Otillräckligt vetenskapligt underlag. En studie med måttlig kvalité och/eller studier med låg kvalité.

Baserad på Britton (2000) i sin tur modifierat Centre for Evidence Based Medicine (1998) och Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2000).

BILAGA VI

Tabell 3. Vetenskapliga artiklar som redovisar evidensgraden angående omvårdnadsåtgärder som kan bibehålla eller förbättra livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt.

Symbol	Omvårdnadsåtgärder	Författare	Kvalitetsgrad	Evidensgrad
I	Att undervisa patienter med hjärtsvikt	Bakan & Akyol 2007 Holst <i>et al.</i> 2007 Lennie <i>et al.</i> 2008 Rabelo <i>et al.</i> 2007 Rafii <i>et al.</i> 2008 Riegel <i>et al.</i> 2006 Shearer <i>et al.</i> 2007 Shively <i>et al.</i> 2005	Hög Hög Medel Låg Låg Medel Medel Hög	1
II	Att uppmana patienter till fysisk aktivitet	Bakan & Akyol 2007 Beckers <i>et al.</i> 2008 Miche <i>et al.</i> 2009 Tyni-Lenné <i>et al.</i> 2001	Hög Hög Medel Medel	1
III	Att främja patienternas egenvård	Holst <i>et al.</i> 2007 Rabelo <i>et al.</i> 2007 Rafii <i>et al.</i> 2008 Shearer <i>et al.</i> 2007	Hög Låg Låg Medel	3
IV	Att främja socialt stöd	Bakan & Akyol 2007 Bennett <i>et al.</i> 2001 Dekker <i>et al.</i> 2009 Krethong <i>et al.</i> 2008	Hög Medel Medel Hög	1

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder med evidensgrad 3 (begränsat vetenskapligt underlag) inkluderades ej i resultatet (evidensgraderingsskala, bilaga V).

BILAGA VII

Författare Land Tryckår	Syfte	Design	Data- insam- lings- metod	Delta- gare n	Sammanfattning	Kvali- tets- grad	Sym- bol
Bakan, G., Akyol,A.D. 2007 Turkiet	Den här studien har till syfte att utforska effekterna av en modell baserad på Roy Adaptation Modell (RAM) som innefattar försöksutbildning, träning och socialt stöd, programmet är anpassat till personer med hjärtsvikt.	Kvan- titativ	Frågefor- mullär	43	I studien jämfördes en interventionsgrupp som följde det modifierade RAM och en kontrollgrupp. Patienterna som följde interventionen fick en förbättrad livskvalitet, även deras funktionella kapacitet och det sociala stödet förbättrades. Det här är den första studien som är gjord med RAM på patienter med hjärtsvikt. Modellen är en effektiv guide för vårdpersonalen som har omvårdnad av patienter med hjärtsvikt.	Hög	I, II, IV
Beckers, P.J., Denollet, J., Possemiers, N.M., Wuyts, F.L., Vrints, C.J., Conraads, V.M. 2008 Holland	Studien har till syfte att jämföra effekterna av en kombinerad motstånds- och uthållighets-träning (CT) med uthållighets-träning (ET). Hypotesen är att CT är mer effektiv i att förbättra den medelintensiva träningskapaciteten utan att påverka ökningen av den maximala prestationsförmågan. Förändringar i prognosen av lungkapaciteten och säkerhetsfrågor, inklusive omformning av vänster kammare och påverkan på livskvaliteten är också inräknade.	Kvanti- tativ	Frågefor- mulär Klinisk a tester	58	Hos patienter med hjärtsvikt hade CT en mer uttalad effekt på den medelintensiva träningskapaciteten, muskelstyrka, och den hälsorelaterade livskvalliteten jämfört med ET. Dessa resultat tillsammanas med det faktum att syresättningens kapacitet var lika i de båda träningsgrupperna, talar starkt för att en större studie bör göras med klinisk applikation på den här specifika träningen för patienter med hjärtsvikt.	Hög	II
Författare	Syfte	Design	Data-	Delta-	Sammanfattning	Kvali	Sym-

Land	Tryckår		insam- ling	gare n		tets- grad	bol
Bennett, S.J., Perkins, S.M., Lane, K.A., Deer, M., Murray, M.D.	Syftet med denna studie var att: (1) beskriva det upplevda sociala stödet i början av sjukhusvistelse och 12 månader senare bland patienter med hjärtsvikt; (2) utröna skillnader i det sociala stödet angående ålder och kön; och (3) undersöka om socialt stöd är en prediktor för den hälsorelaterade livskvaliteten.	Kvanti- tativ	Frågeför- mulär	227	Socialt stöd vid studiens början förutsade inte den hälsorelaterade livskvaliteten 12 månader senare, men förändringar i socialt stöd förutsade en signifikant skillnad i den hälsorelaterade livskvaliteten. I det stora hela uppfattades stödet vara måttligt till högt men det fanns stora variationer över tid. Män som var yngre än 65 år sade sig ha mindre stöd än andra patientgrupper. En viktig slutsats är att förändringar i socialt stöd var en signifikant prediktor för förändringar av den hälsorelaterade livskvaliteten.	Med- el	IV
2001 Holland							
Dekker, R.L., Peden, A.R., Lennie, T.A., Schooler, M.P., Moser, D.K.	Syftet var att beskriva patienters med hjärtsvikts upplevelser av att leva med depressiva symtom. Hur beskriver patienter med hjärtsvikt sina depressiva symtom? Vilka faktorer påverkar depressiva symtom? Vilka strategier har patienter med hjärtsvikt för att hantera depressiva symtom?	Kvalit- ativ	Intervju	10	Patienterna med hjärtsvikt upplever symtomen på depression lika som övriga befolkningen upplever depressiva symtom. Vårdpersonalen ska bedöma patienternas med hjärtsvikts stressorer som försämrar de depressiva symtomten. Strategier som forskare och vårdpersonal kan använda för att minska de depressiva symtomen för patienter med hjärtsvikt inkluderar att engagera patienterna i olika aktiviteter, positivt tänkande och andlighet. Att hjälpa patienterna hitta ett utökat socialt stöd är också viktigt.	Med- el	IV
2009 USA							

Författare Land Tryckår	Syfte	Design	Data- insam- ling	Delta- gare n	Sammanfattning	Kvali- tets- grad	Sym- bol
Holst, M., Willenheimer,R ., Mårtensson, J., Lindholm, M., Strömberg, A. 2007 Sverige	Syftet med den här studien var att: (1) beskriva egenvård relaterat till att dagligen väga sig själv och salt och vätskerestriktioner hos patienter med hjärtsvikt inom den öppna hälsovården, och efter ett utbildningstillfälle varje månad under ett år få ett telefonuppföljnings samtal, (2) att beskriva könsskillnader när det gäller egenvård och (3) att undersöka om egenvården påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten.	Kvan- titativ	Fråge- formulär via telefon- kontakt	60	Egenvårdsbeteendet hos patienter med hjärtsvikt ändrades inte under ett år av månatlig telefonuppföljning, detta indikerar att en mer omfattande intervention behövs för att förbättra egenvårdsbeteendet hos dessa patienter.	Hög	I, III
Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C., Sloan, R. 2008 Thailand	Syftet med den här studien var att ta fram och testa en orsakmodell baserad på Wilson och Clearys hälsorelaterad livskvalitet hos Thailändska patienter med hjärtsvikt. De undersökte orsaksrelationerna mellan biofysisk status, symtom, funktionell status, generell hälsouppfattning och hälsorelaterad livskvalitet som visades i modellen och till den lades faktorn, socialt stöd.	Kvan- titativ	Fråge- formulär	422	Hälsorelaterad livskvalitet påverkades av varje enskild variabel i den här orsakmodellen av hälsorelaterad livskvaliteten hos Thailändska patienter. Symtomstatus hade störst effekt på hälsorelaterad livskvalitet. Detta fynd förstärker behov av mera forskning och tester av kostnadseffektiva interventioner för att kontrollera symtomen. Socialt stöd hade en negativ direkt effekt på hälsorelaterad livskvalitet. Socialt stöd hade ingen direkt effekt på funktionell statusen men den kunde minska symtomen hos patienterna. De indirekta effekterna av socialt stöd på funktionell status genom symtomstatus tas med i övervägandet när utveckling av omvårdnadsinterventioner görs. Högre socialt stöd sänkte den hälsorelaterade livskvaliteten. Det här fyndet går emot litteratur om socialt stöd. Thailändska patienter med hjärtsvikt uppfattade sig vara en belastning när de tog emot hjälp och stöd. Detta bör tas i beaktning då thailändska patienter vårdas, men även vid vård av patienter från andra kulturer.	Hög	IV
Författare	Syfte	Design	Data-	Delta-	Sammanfattning	Kvali	Sym-

Land Tryckår			insam- ling	gare n		tets- grad	bol
Lennie, T.A., Worrall-Carter, L., Hammash, M., Odom-Forren, J., Roser, L.P., Smith, C.S., Trupp, R., Chung, L.M., Moser, D.K.	Syftet var att beskriva patienterna med hjärtsvikts (1) uppfattningsförmåga angående instruktionerna om saltreducerad kost samt hur ofta de följde dessa instruktioner, hur enkelt det var att följa dessa samt hur de uppfattade nyttan med den här dieten; (2) att beskriva patienterna med hjärtsvikts kunskap, attityd och vilka svårigheter det innebär att följa den saltreducerade kosten; och (3) att undersöka förhållandet mellan kunskap, attityd och svårigheter att följa den här dieten.	Kvanti- tativ	Frågeför- mulär Kliniska tester	246	Ingen av faktorerna (kunskap, attityder och svårigheter/hinder) kunde var för sig förutsäga följsamheten till saltreducerad kost. Detta indikerar att en grundlig ansats med alla faktorer gemensamt inräknade krävs för att ge en förbättring av följsamheten till saltreducerad kost. Den här jämförande, utvärderande och översikts forskning föreslår, för att följa en saltreducerad kost ska undervisningen vara ledd på rutinmässig basis för att understödja kunskap, praktisk förmåga och för att klarlägga felaktiga uppfattningar.	Med- el	I
2008 USA och Australien							
Miche, E., Roelleke, E., Zoller, B., Wirtz, U., Schneider, M., Huerst, M., Amelang, M., Radzewitz, A.	Syftet med studien var att utvärdera den fysiska och mentala statusen hos patienter med hjärtsvikt som deltog i ett fyra veckors uthållighetsträningsprogram, de följdes upp efter sex månader. Objekt som ska undersökas är att: (1) utröna hjärt-lung kapaciteten hos patienter med hjärtsvikt som följer uthållighetsträningsprogrammet, (2) undersöka livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt under uthållighetsprogrammet och (3) utreda nivån av oro och depression hos patienter med hjärtsvikt som följer uthållighetsprogrammet.	Kvanti- tativ	Frågeför- mulär Kliniska tester	116	Studiens resultat betonar vikten av en noggrann intervention särskilt när det gäller äldre patienter, om livskvaliteten ska förbättras. Forskarnas ståndpunkt är att behandling av patienter med hjärtsvikt måste innehålla flera olika yrkeskompetenser som ett team.	Med- el	II
2009 Tyskland							

Författare Land Tryckår	Syfte	Design	Data- insam- ling	Delta- gare n	Sammanfattning	Kvali- tets- grad	Sym- bol
Park, C.L., Malone, M.R., Suresh, D.P., Bliss, D., Rosen, R.I. 2008 USA	Syftet var att utforska (1) ifall särskilda coping strategier som patienter med hjärtsvikt använder sig av är relaterade till meningen med livet över tid och (2) ifall meningen med livet ger effekt på hanterbarheten av den hälsorelaterad livskvalitet.	Kvanti- tativ	Frågefor- mulär	155	Dom här resultaten tillsammans med tidigare evidensbaserade kunskaper om att meningen med livet är viktigt i sammanhanget av att leva med en kronisk, livshotande sjukdom. Fortsättningsvis, hanterbarhet- speciellt accepterade och religiös hantering- har samband med förbättrad känsla av mening med livet över tid, i samband med en livsbegränsande sjukdom.	Med- el	
Rabelo, E.R., Aliti, G.B., Domingues, F.B., Ruschel, K.B., Brun, A.O., Gonzalez, S.B. 2007 Brasilien	Syftet var att undersöka hur en systematisk omvårdnads utbildning av kunskaper om sjukdomen och egenvård påverkar patienterna på en hjärtsvikts klinik i Brasilien.	Kvanti- tativ	Frågefor- mulär	60	Den aktuella studien föreslår att en systematisk utbildning som följs upp av en sjuksköterska, i ett multidisciplinärt team, ger en ökning av patienternas förståelse angående deras sjukdom och hur de kan utföra egenvård. Den här ansatsen tillsammans med andra strategier kan minska graden av återinsjuknande av hjärtsvikt och konsekvent ge en bättre livskvalitet för patienter med hjärtsvikt. Slutligen, kunde en möjlig minskning av vårdkostnaderna relaterat till hjärtsvikt också åstadkommas.	Låg	I, III
Rafii, F., Shahpoorian, F., Azarbaad, M. 2008 Iran	Syftet med studien är att jämföra hur patienter och sjuksköterskor upplever inlärningsbehovet av egenvård av patienter med hjärtsvikt.	Kvanti- tativ	Frågefor- mulär	432	Den här studien har undersökt hur patienter med hjärtsvikt och sjuksköterskor uppfattar och skattar vilka faktorer som är viktiga för patienter med hjärtsvikts egenvård och hur realistiskt det är att utbildningen av dessa kunskaper kan ske under sjukhusvistelsen. Patienter och sjuksköterskor rankade generellt att all information om egenvårdsåtgärder som måttligt till mycket realistiskt att lära in. Det fanns en trend hos patienterna att ranka information som mer realistisk att lära in än vad sjuksköterskorna gjorde. Fynden i denna studie ger en initial information om omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt och anger en riktning för fortsatt forskning.	Låg	I, III
Författare Land	Syfte	Design	Data- insam- ling	Delta- gare	Sammanfattning	Kvali- tets- grad	Sym- bol

Tryckår			ling	n		grad	
Riegel, B., Carlsson, B., Glaser, D., Romero, T.	Studiens syfte var att testa hur effektiv telefonuppföljning var när det gällde att minska återbesök på sjukhus och förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten och depression hos latinamerikaner i Mexiko som hade diagnosen hjärtsvikt.	Kvanti- tativ	Frågefol- mulär Kliniska test	134	I studien ingick 134 personer som delades in i en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. Alla deltagarna i studien fick information om sjukdomen innan de lämnade sjukhuset. Interventionsgruppen fick också uppföljande samtal via telefon. Studien gjordes på gamla lågutbildade latinamerikaner. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de båda grupperna när det gällde sjukhusvistelse, graden av återinsjuknande i hjärtsvikt, antal dagar på sjukhus relaterat till hjärtsvikt, vårdkostnader relaterat till hjärtsvikt, dödsfall, hälsorelaterad livskvalitet, eller depression.	Med- el	I
2006 USA							
Shearer, N.B.C., Cisar, N., Greenberg, E.A.	Syftet var att undersöka effekterna av stödjande telefonsamtal, på kliniskt och teoretiskt relevanta resultat hos patienter med hjärtsvikt, som innefattar ett målmedvetet deltagande för att nå hälsa, utförande av egenvård hos patienter med hjärtsvikt, och få förståelse av den funktionella hälsan.	Kvanti- tativ	Frågefor- mulär	90	Kunskapen utifrån den här studien stödjer sjukvårdspersonalens förmåga att underlätta egenvårdshandlingen bland patienter med diagnostiserad hjärtsvikt. I den här studien får patienter assisterade av sjuksköterskor frivilligt välja tillvägagångssätt för ett målmedvetet deltagande i deras väg till att nå god hälsa. Sjuksköterskan som följer den här teoribaserade interventionen och andra källor till kunskap är bättre lämpade att understödja medvetenheten så att patienten kan målmedvetet delta för att nå sina hälsorelaterade mål, detta stödjande egenvårdsprogram ger en förbättring av deras upplevda funktionella hälsa.	Med- el	I, III
2007 USA							
Författare	Syfte	Design	Data-	Delta-	Sammanfattning	Kvali	Sym-

Land Tryckår			insam- ling	gare n		tets- grad	bol
Shively, M., Kodiath, M., Smith, T.L., Kelly, A., Bone, P., Fetterly, L., Gardetto, N., Shabetai, R., Bozzette, S., Dracup, K.	Det primära syftet med den här studien var att undersöka effekterna av en sjuksköterskeledd beteende terapi på den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienter med lindrig hjärtsvikt. Hypotesen var att patienter som deltog i en sjuksköterskeledd beteende terapi och som jämfördes med patienter som fick vanlig vård under en period av 16 månader och som följdes upp vid (starten, 4, 10 och 16 månader) skulle ha förbättrad träningskapacitet, fysisk funktion, mental hälsa, och en generellt förbättrad upplevelse av hälsa.	Kvanti- tativ	Frågefor- mulär Kliniska tester	116	Deltagarna i den här studien (n=116) blev indelade i 2 grupper: en kontrollgrupp som fick vanlig vård för hjärtsvikt (n=58) och en interventionsgrupp (n=58) som fick gå ett 15 veckors beteendeterapi program. Interventionsgruppen visade en signifikant förbättrad självrapporterad sjukdomsspecifik hälsorelaterad livskvalitet över tid jämfört med kontrollgruppen. Det fanns inga skillnader mellan grupperna när det gällde träningskapacitet, fysisk funktion, mental funktion eller den generella hälso upplevelsen.	Hög	I
2005 USA							
Tyni-Lenné, R., Dencker, K., Gordon, A., Jansson, E., Sylvén, C.	Syftet med den här studien var att testa hypotesen att fysisk träning tillsammans med noggran lokal muskelträning kan förbättra syreupptagningsförmågan och den fysiska kapaciteten liksom den hälsorelaterade livskvaliteten.	Kvanti- tativ	Frågefor- mulär Kliniska tester	24	Tjugofyra män och kvinnor ingick i studien, 16 personer tillhörde interventionsgruppen som fick träna och 8 personer fick tillhöra kontrollgruppen. Träningen gick ut på att aktivera alla stora muskelgrupper, en i taget. Patienterna tränade i 1 timme, 3 gånger per vecka i 8 veckor. Patientgrupperna hade samma fysiska status vid studiens början. Den maximala syreupptagningsförmågan, distansen som gicks i 6 minuters testet, den hälsorelaterade livskvaliteten, och noradrenalin halten i plasma vid vila och under medelhård fysisk aktivitet förbättrades efter träningsprogrammet. Ingen förändring uppmättes i kontrollgruppen, bortsett från den försämrade maximala syreupptagningsförmågan och försämrade livskvalitets parametrar. Denna form av träning som övervakas av en fysisk terapeut kan rekommenderas vid rehabilitering av patienter med hjärtsvikt.	Med- el	II
2001 Sverige							