

941009 Ann15011@student.mdh.se
920122 Nma16001@student.mdh.se

NÄR HJÄRTAT SVIKTAR

Patienters erfarenheter av egenvård vid hjärtsvikt

NIMA MOLA
AMANDA NALIN

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Vårdvetenskap med inriktning omvårdnad
Grundnivå
15 HP
Sjuksköterskeprogrammet
VAE027

Handledare: Annelie Gusdal & Anette Ljungman
Examinator: Margareta Asp

Seminariedatum: 2018-09-18
Betygsdatum: 2018-10-05

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hjärtsvikt är ett av Sveriges vanligaste kroniska tillstånd och medför begränsningar i patienternas vardag. Genom att utföra egenvård kan patienter vidta åtgärder som förebygger försämring av det kroniska tillståndet. Tidigare forskning visar att egenvård är avgörande för ett liv med välbefinnande trots kroniskt tillstånd, men att informationen mellan sjuksköterskor och patienter brister, vilket får konsekvenser för egenvården. **Syfte:** Att beskriva patienters erfarenheter av egenvård vid hjärtsvikt. **Metod:** En systematisk litteraturstudie med beskrivande syntes utifrån Evans av elva stycken kvalitativa artiklar. **Resultat:** Patienter erfor både möjligheter och hinder vid utförandet av sin egenvård. Kunskap, motivation och stöd från närstående samt hälso- och sjukvården gav patienterna möjligheter till att utföra god egenvård och skapade ett tema. Brist på förståelse och information, psykiska och emotionella barriärer, kostrestriktioner, fysiska begränsningar och rädslor samt ekonomiska begränsningar var hinder som medförde att patienter inte utförde egenvård, skapade ett tema. **Slutsats:** Kunskap om det kroniska tillståndet och stöd från omgivningen bidrar till ökat självförtroende hos patienterna, vilket medför förbättrad egenvård. Bristande information och förståelsen av informationen hindrar patienterna från att ta hand om sin hälsa och egenvården försämrades. Det framkommer att försämrad egenvård leder till försämrat tillstånd av hjärtsvikt, vilket kan medföra lidande hos patienterna samt en försämrad livskvalitet.

Nyckelord: Egenvård, erfarenheter, hjärtsvikt, kvalitativ, patient, systematisk litteraturstudie.

ABSTRACT

Background: Heart failure is one of the most common chronic conditions in Sweden and entails the patients to live their life normal and fully. With self-care, patients can prevent the chronic conditions to get worse. It is shown in previous research that self-care is a fundamental factor for a life with wellness in defiance of their chronic conditions, but the advice, knowledge and information between nurses and patients often deficiencies which often cause patients to fail their self-care. **Aim:** The self-care experience for patients with heart diseases. **Method:** A systematic literature study with descriptive synthesis designed by Evans of 11 qualitative articles. **Results:** Patients experience both opportunities and difficulties in performing their self-care. The motivation, knowledge and support that the patient's relatives and health care give results as opportunities to make a greater self-care recover. When there is lack of understanding and information, mental and emotional barriers, cost constraints, and physical as well as economic limitations, the patient induce to not take care of its health and therefore the self-care fail. **Conclusion:** Knowledge about the chronic conditions and support from relatives increases the patient's self-confidence certain improvement in self-care. When there is lack of knowledge and understanding of the information, patients tend to act unhealthy and aggravate their disease. Decreased self-care tend to impaired state of heart failure, which may lead to a patient's disorder.

Keywords: Experience, heart failure, patient, self-care, systematic literature study, qualitative

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Centrala begrepp	1
2.1.1	<i>Hjärtsvikt</i>	2
2.1.2	<i>Egenvård vid hjärtsvikt</i>	3
2.1.3	<i>Följsamhet</i>	4
2.1.4	<i>Närstående</i>	4
2.2	Styrdokument och riktlinjer	5
2.3	Omvårdnad vid hjärtsvikt – sjuksköterskors roll	6
2.4	Tidigare forskning	6
2.5	Teoretiskt perspektiv	8
2.6	Problemformulering	8
3	SYFTE	9
4	METOD	9
4.1	Datainsamling och urval	9
4.2	Dataanalys	10
4.3	Etiska överväganden	11
5	RESULTAT	12
5.1	Patienters erfarenheter av möjligheter att utföra egenvård	12
5.1.1	<i>Kunskap som skapar förutsättningar till följsamhet av egenvård</i>	12
5.1.2	<i>Motivation som medför följsamhet till egenvård</i>	14
5.1.3	<i>Stöd från omgivningen</i>	14
5.2	Patienters erfarenheter av hinder för att utföra egenvård	15
5.2.1	<i>Brist på förståelse och information</i>	15
5.2.2	<i>Psykiska och emotionella barriärer</i>	16
5.2.3	<i>Rädsla och hinder för fysisk aktivitet</i>	16

5.2.4	<i>Ekonomiska begränsningar</i>	17
5.2.5	<i>Kostrestriktioner</i>	17
6	DISKUSSION	18
6.1	Resultatdiskussion.....	18
6.2	Metoddiskussion	21
6.3	Etisk diskussion	24
7	SLUTSATS	24
8	FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING	25
	REFERENSLISTA	26
 BILAGOR		
BILAGA A – SÖKMATRIS		
BILAGA B – KVALITETSGRANSKNING		
BILAGA C – ARTIKELMATRIS		

1 INLEDNING

Hjärt- och kärlsjukdomar är en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige, hjärtsvikt räknas till en av våra folksjukdomar. I Sverige uppskattas ca 250,000 personer leva med hjärtsvikt (Socialstyrelsen 2015). Patienter som lever med hjärtsvikt finns på flera olika vårdenheter, därför är det vanligt att sjuksköterskor kommer i kontakt med denna patientgrupp. Eftersom hjärtsvikt inte kan botas lever patienter med diagnosen livet ut, vilket innebär att egenvården blir viktigt för patienters välbefinnande. För att sjuksköterskor ska kunna ge stöd till patienter i sin egenvård krävs det kunskap om patienters erfarenheter av egenvård. Kunskapen sjuksköterskor får leder till att de kan informera, utbilda och motivera patienter till egenvård på ett betydelsefullt sätt. Det är viktigt att patienterna förstår symtomen som uppstår, samt att förstå vad som påverkar en försämring och en förbättring av hjärtsvikt för att kunna behandla dem. Intresset för det valda ämnet väcktes under den verksamhetsförlagda utbildningen, då uppmärksammades det att flera patienter som var ineliggande för sin hjärtsvikt befann sig på allmänna medicinavdelningar och inte en specifik hjärtavdelning. Examensarbetets mål är att få fördjupade kunskaper om vilka erfarenheter patienter har angående sin egenvård och vad som påverkar den. Inspiration till det valda intresseområdet hämtades från Mälardalens högskola intresseområden inför självständigt examensarbete på grundnivå, inom huvudområdet vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad.

2 BAKGRUND

I bakgrunden kommer centrala begrepp att beskrivas för att få en bättre förståelse av innehållet i arbetet. Därefter beskrivs sjuksköterskors roll, tidigare forskning, styrdokument och riktlinjer, ett teoretiskt perspektiv utifrån Orem och avslutningsvis en problemformulering att presenteras.

2.1 Centrala begrepp

Nedan beskrivs de centrala begreppen; hjärtsvikt, egenvård, följsamhet och närstående som är betydelsefulla i examensarbetet.

2.1.1 Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en av Sveriges vanligaste kroniska tillstånd och den vanligaste inläggnings- och återinläggningsorsaken för personer över 65 år (Ericson & Ericson 2012; LäkeMedelsverket, 1,2006). Hjärtsvikt innebär att hjärtmuskulaturen har försämrats och medför en minskad pumpförmåga, vilket i sin tur leder till att hjärtat inte klarar av att förse tillräckligt med blod till kroppens vävnader. Cellerna får därmed inte den näring och syre de behöver för att fungera. När cellernas förmåga minskas blir cirkulationen i kroppen nedsatt och vätska samlas runt omkring kroppens vävnader som följd till det (Ericson & Ericson, 2012). Hjärtsvikt kan delas in i höger- och vänsterkammarsvikt. Vid högerkammarsvikt stasas blodet bakåt mot halsvenerna och vid vänsterkammarsvikt kan inte hjärtat pumpa ut blodet på ett optimalt sätt vilket leder till stas mot lungorna (Ericson & Ericson, 2012; Mårtensson, 2012).

Hjärtsvikt i sig själv är inte en sjukdom utan beror alltid på en bakomliggande orsak (Mårtensson, 2012; Ponikowski et al., 2016). De vanligaste orsakerna till hjärtsvikt är ischemisk hjärtsjukdom (hjärtinfarkt) och hypertoni (högt blodtryck). Andra tänkbara orsaker till hjärtsvikt är klaffsjukdomar, alkoholmissbruk och hjärtmuskelinflammation (Mårtensson, 2012).

Vid misstanke om hjärtsvikt ska alltid bakomliggande orsak utredas för att rätt behandling ska kunna sättas in (Ericson & Ericson, 2010). Vid diagnostisering av hjärtsvikt tas anamnes, elektrokardiogram (EKG) samt ett blodprov som mäter natriuretiska peptider som brain natriuretisk peptid (BNP). För att bekräfta en hjärtsviktsdiagnos vid patologiskt EKG och BNP utförs vanligtvis en ultraljudsundersökning av hjärtat (Mårtensson, 2012)

Symtomen som uppstår vid hjärtsvikt är kännetecknande för vilken del av kammaren som är belastad, då höger- och vänsterkammarsvikt har olika symtom. Typiska symtom vid högerkammarsvikt är benödem (vätskeansamling som orsakar svullnad i underben), ascites (vätskeansamling i buken) och stasade halsvener. Typiska symtom vid vänsterkammarsvikt är lungödem (vätskeansamling i lungorna), dyspné (andnöd), cyanos (blåaktig missfärgning av hud), andfåddhet och hosta nattetid (Casey, 2013; Ericson & Ericson, 2012; Ponikowski et al., 2016).

Patienters erfarenheter av hjärtsviktens begränsningar vid fysisk aktivitet kan bedömas utifrån fyra funktionsklasser enligt New York Heart Association (NYHA). För att kunna klassificera en patient enligt NYHA krävs det att patienten själv kan redogöra för sitt nuvarande tillstånd (NYHA, 2017).

Tabell 1.

NYHA-klassificering (New York Heart Association, 2017)

Klass	Patientens symtom
I	Ingen begränsning av fysisk aktivitet, fysisk aktivitet åstadkommer inga symtom.
II	Lätt begränsning av fysisk aktivitet. Symtomfri i vila. Vanlig fysisk aktivitet leder till trötthet, hjärklappning, dyspné.
III	Tydlig begränsning av fysisk aktivitet. Symtomfri i vila. Lättare aktivitet orsakar trötthet, hjärklappning eller dyspné.
IV	Kraftig begränsning av fysisk aktivitet, vid minsta fysiska aktivitet ökade symtom. Symtom i vila kan existera.

2.1.2 Egenvård vid hjärtsvikt

Med egenvård menas de åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid enkla och vanliga symtom, sjukdomar och skador (NE, 2018). Egenvård är när patienter själva eller med någon annans hjälp kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Det krävs att hälso- och sjukvården gjort en bedömning att patienter själv eller med någon annans hjälp är kapabel till att sköta egenvård. Eftersom en individuell bedömning utförs för egenvård är det svårt att beskriva vilka åtgärder som generellt utgör egenvård. Åtgärderna för egenvård är individanpassade för att en säker vård ska skapas (SOSFS, 2009:6). Vid egenvård behöver patienten vara engagerad i sin egen vårdprocess.

Egenvård är centralt vid behandling av hjärtsvikt. Egenvården innebär att undvika sådant som kan försämra hjärtsvikten exempelvis högt salt- och vätskeintag. Det innebär även att kunna genomföra lämpliga åtgärder vid försämring. Det krävs att patienter kan känna igen symtom och tecken på försämring av hjärtsvikten för att vidta åtgärder. Behandlingen vid hjärtsvikt är både farmakologisk och icke-farmakologisk, egenvård för patienter innebär att använda sig av båda behandlingarna. Farmakologisk behandling innefattar läkemedel som patienterna ska ta varje dag. Exempel på läkemedel är vätskedrivande läkemedel som driver ut överskott av vätska i kroppen, ACE-hämmare som hjälper till att minska belastningen på hjärtat genom att kärlen vidgar sig. Betablockerare är också ett läkemedel som används för att minska hjärtats belastning, vilket medför att hjärtslagets styrka och hastighet sänks. Icke-farmakologisk behandling innebär att anpassa näringsintaget, salt- och vätskerestriktion, måttlig alkoholkonsumtion, rökavvänjning (rökstopp), god sömn, fysisk aktivitet och stresshantering (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011; Ericson & Ericson, 2012; Läkemedelsverket, 2017; Ponikowski et al., 2016). Ovan beskrivna icke-farmakologiska behandlingar är viktiga beståndsdelar för en adekvat egenvård och kommer därför beskrivas mer ingående var för sig

Näringsintag: Ericson och Ericson (2012) beskriver att hjärtsvikt är ett energikrävande tillstånd och därför bör patienterna informeras om kostens betydelse vid hjärtsvikt. Ofrivillig viktnedgång (malnutrition) är vanligt hos patienter med hjärtsvikt. Vanliga orsaker till

malnutrition är förändrad metabolism, försämrat näringsintag och otillräckligt energiintag. Patienter med hjärtsvikt rekommenderas därför att äta täta energirika måltider (Swedberg, Cleland & Dargie, 2005).

Saltrestriktioner: Enligt Ericson och Ericson (2012) bör patienter med hjärtsvikt vara restriktiva med salt då salt binder vätska.

Vätskerestriktioner: 1,5 – 2 liter vätska/dygn är lämpligt vätskeintag för patienter med måttlig till svår hjärtsvikt (Swedberg, Cleland, Dargie, 2005). Patienterna bör genomföra dagliga viktkontroller, då viktökning är ett tecken på att kroppen samlar på sig vätska och hjärtsvikten är på väg att försämrans (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011; Ericsson & Ericsson, 2012).

Alkoholkonsumtion: Patienterna rekommenderas att vid konsumtion av alkohol enbart inta måttliga mängder, eftersom större konsumtion av alkohol medför ökad risk för skada på hjärtmuskeln och försämrar hjärtsvikten (Swedberg, Cleland & Dargie, 2005).

Rökavvänjning: För patienter med hjärtsvikt rekommenderas rökstopp, eftersom rökningen påverkar hjärt- och kärlsjukdomar negativt (Strömberg, 2005). Rökning höjer blodtrycket samt ökar pulsen, kroppens förmåga att ta upp syre minskar eftersom röda blodkroppar blockeras, vilket gör det svårare för hjärtat att arbeta (Hjärt- och lungfonden, 2018).

Fysisk aktivitet: Pihl, Cider, Strömberg, Fridlund och Mårtensson (2011) betonar att fysisk aktivitet ökar den fysiska förmågan samt livskvalitén hos patienter med hjärtsvikt. Enligt Läkemedelsverket (2006:1) bör patienter med NYHA-klass II och III erbjudas att delta i regelbunden individanpassad träning.

2.1.3 Följsamhet

Följsamhet beskrivs i medicinsk terminologi som ”patientens förmåga (vilja) att följa läkarens råd om t.ex. medicinering” (Lindskog, 2004. s. 217). World Health Organization (WHO) (2003) beskriver följsamhet till olika behandlingar samt olika beteenden som speglas i handlingarna. Det kan handla om att söka medicinsk hjälp, ta sina mediciner, utföra livsstilsförändringar som gäller egenvård eller brist på fysisk aktivitet. Van der Wal, Jaarsma, och van Veldhuisen (2004) och WHO (2003) beskriver att följsamhet handlar om hur patienters beteende överensstämmer med de ordinationer och rekommendationer hälso- och sjukvårdspersonalen givit.

2.1.4 Närstående

Socialstyrelsen (u.å.) beskriver begreppet närstående i första hand som familjen eller andra nära anhöriga. Begreppet närstående brukar i första hand avse: make och maka, sammanboende, registrerad partner, barn, föräldrar, syskon, far- och morföräldrar, makes barn som inte är ens eget, nära vän och god man. Socialstyrelsen skriver även att patienter som inte haft kontakt med en nära släkting sedan lång tid tillbaka, kan denne släkting betraktas som icke närstående.

2.2 Styrdokument och riktlinjer

I International Council of Nurses (ICN) etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) för sjuksköterskor sammanfattas riktlinjer för professionens etik. Sjuksköterskor har fyra grundläggande ansvarsområden i sin profession, dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (SSF, 2008). I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2017) beskrivs sjuksköterskors självständiga ansvar i omvårdnadsarbetet samt innefattar de sex kärnkompetenserna för sjuksköterskor, där bland annat personcentrerad vård och informatik ingår som viktiga aspekter. Personcentrerad vård handlar om att patienten och närståendes individuella behov, resurser samt värderingar blir sedda och förstådda. Det leder till en öppenhet för varandras kunskap där vårdandet utformas i partnerskap. Sjuksköterskor ska kunna i partnerskap tillsammans med patient och närstående bedöma, planera, genomföra och utvärdera omvårdnaden. Sjuksköterskor ska kunna identifiera vad hälsa är för den individuella patienten och skapa förutsättningar för att främja hälsa. Sjuksköterskor ska också värna om patientens behov, rättigheter, möjligheter och ge förutsättningar så patienten själv ska kunna prioritera och besluta om vårdens innehåll, mål, medel samt dess uppföljning.

Sjuksköterskor ska arbeta hälsofrämjande och förbyggande med patienters egenvård, sjuksköterskor ska också stötta och motivera de patienter som inte kan utföra egenvård själva (SOSFS 2009:6). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen har patienter rätt att känna sig trygg i hälso- och sjukvården och de behandlingar som bedrivs (SFS 2014:821; SFS 2017:30). Ohälsa ska förebyggas och sjukdomar behandlas i samråd med patienten. Patienterna har rätt att välja behandling när olika behandlingsalternativ finns och har rätt till att få den information som är nödvändig om sjukdom, behandling och förebyggande av ohälsa (SFS 2014:821; SFS 2017:30).

Enligt Socialstyrelsen riktlinjer för hjärtvård, rekommenderas patienter med hjärtsvikt att få en sjuksköterskebaserad uppföljning med stöd av läkaren via hjärtsviktsmottagningar eller i hemmet (Socialstyrelsen, 2015).

År 2012 kom nya Egenvårdsföreskrifter från Socialstyrelsen i samband med ny lagstiftning för att göra egenvården mer säker (SOSFS 2009:6). Egenvårdsföreskriften ställer en rad krav på hälso- och sjukvården som att individuella bedömningar ska utföras, risker som kan förekomma eller förekommer ska analyseras, planering samt samråd ska ske tillsammans med de involverade och ändras förutsättningarna ska nya bedömningar utföras. Vid samarbete med andra aktörer ska rutiner fastställas samt att säkerställa att ledningssystemet innehåller rutiner för egenvård. Bedömningen ifall egenvård kan bedrivas ska utföras av legitimerad personal inom ansvarsområdet (SOSFS 2000:1; SOSFS 2009:6). Egenvårdsbedömningen samt planeringen ska vara väl dokumenterad och att ställningstaganden till bedömningen redovisas tydligt för att skapa en säker vård (SOSFS 2005:27; SFS 2008:355). Förskrivaren av en medicinteknisk produkt inom hälso- och sjukvården har ett ansvar att produkten tillgodoser patientens behov. Medicintekniska produkter som är aktuella vid hjärtsvikt är personvåg och automatisk blodtrycksmaskin. Det är förskrivarens skyldighet att instruera användaren om hur produkten ska användas samt vilka åtgärder som ska vidtas. Även att följa upp och utvärdera förskriften av produkten (SOSFS 2008:1).

2.3 Omvårdnad vid hjärtsvikt – sjuksköterskors roll

Sjuksköterskor har en speciell roll vid omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt, rollen handlar om att vara stödjande och samordnande. En stor del av sjuksköterskors arbete i omvårdanden av hjärtsvikt handlar om att informera och utbilda patienter. Det handlar främst om att patienterna ska förstå, hantera och ta ansvar för sin egen hälsa. Vid hjärtrehabiliteringen är det sjuksköterskors ansvar att planera omvårdnaden under rehabiliteringsfasen (Tingström, 2012). Sjuksköterskor ska ta fram en plan för att möta patientens behov av kunskap, rådgivning och färdighetsträning. Sjuksköterskors unika position i hjärtrehabiliteringen medför att hen kan planera och samordna insatser samt utvärdera dessa tillsammans med patienten. Det är av vikt att sjuksköterskor ser varje patient som en egen individ med egna behov och mål, det medför att varje plan blir individanpassad efter enskilda behov och mål. Ett enkelt redskap sjuksköterskor kan tillämpa för att systematisera arbetet är omvårdnadsprocessen faser, bedömning, planering, genomförande och utvärdering. Sjuksköterskor ska undersöka och få fram så mycket som möjligt om patientens tidigare kunskaper och föreställningar om hjärtsvikt. Därefter ska sjuksköterskor tillsammans med patienten genomföra en planering om vilka mål som ska uppnås samt hur utbildningsinsatserna ska utföras. Dessa ska genomföras och kontinuerlig utvärdering ska genomföras. Med hjälp av utvärderingen kan målen förändras i den önskade riktningen av patienterna. Hela processen måste ske tillsammans med patienten och närstående (Allison, 2007; Tingström, 2012). Sjuksköterskor har som ansvar att även följa upp framsteg och resultat samt utvärdera förändringar i patientens livsvärld. Vid påverkan av egenvården ska sjuksköterskor föreslå lämpliga åtgärder för patientens egenvård, så den inte riskerar att falla (Allison, 2007).

Att erbjuda vård som ökar, utvecklar och maximerar välbefinnandet och hälsan hos patienter med hjärtsvikt, är en stor utmaning för sjuksköterskor. Det finns mycket som sjuksköterskor kan göra för att underlätta denna process, exempelvis att sjuksköterskor informerar och ger patienterna och deras närstående ökad förståelse om vad det kommer innebära att leva med ett kroniskt tillstånd, hur det kommer att påverka patienternas liv och relationer, verka för välmående och personlig utveckling. Det är komplicerat för sjuksköterskor att förmå patienterna med kroniskt tillstånd, att förändra livsstil och ändra sitt beteende (Mårtensson, 2012). Sjuksköterskor kan uppmuntra och vägleda patienten till andra professioner inom hälso- och sjukvården exempelvis dietist och sjukgymnast. Det medför att patienten kan få specialistundervisning och vägledning i att utföra egenvård vid hjärtsvikt (Allison, 2007). Det är av stor vikt att sjuksköterskor försöker identifiera när och hur respektive individ är mest mottaglig för informationen samt har störst förutsättningar för att lyckas (Mårtensson, 2012).

2.4 Tidigare forskning

Egenvård är grunden till ett liv med välbefinnande trots en hjärtsviktsdiagnos (Harkness, Spaling, Currie, Strachan & Clark, 2015). Förbättrade behandlingsalternativ tillsammans med effektivare medicinering kan leda till minskat antal sjukhusvistelser, minskad dödligheten och ökad livskvalitet för patienter (Sterne, Grossman, Migliardi & Swallow,

2014; Stållhammar et al., 2012). För att patienterna ska kunna bedriva den egenvård som behövs för att uppnå sin bästa möjliga hälsa, krävs det att sjuksköterskor informerar och utbildar patienterna individanpassat (Brady 2015; Nicholson, 2014).

Harkness et al. (2015) påvisar i sin studie att sjuksköterskors uppgift är att implementera egenvården naturligt i patienters vardag, samt att det är av betydelse att egenvården är individanpassad och att den utvecklas med tiden vart efter erfarenheten och kunskapen blir större för patienter. Ulin, Malm och Nygårdh (2015) menar att genom att sjuksköterskor använder personcentrerad vård vid hjärtsvikt där individen ses framför diagnosen, leder det till att egenvården, de fysiska symtomen och den mentala statusen förbättras. Minskade kostnader för hälso- och sjukvården samt en bättre förståelse av hjärtsvikt hos patienter uppnås.

Sjuksköterskor upplever att det är av stor vikt att patienter tillges information och utbildning om det kroniska tillståndet. Sjuksköterskorna anser även att informationen och utbildningen sker på ett sätt så att patienterna kan ta till sig samt förstå informationen (Glogowska et al., 2015; Wyer et al., 2016). Sterne et al. (2014) studie visar på att sjuksköterskor saknar adekvat kunskap om hjärtsvikt, vilket de menar behövs för att sjuksköterskor ska kunna utbilda patienter om hjärtsvikt och deras egenvård. Glogowska et al. (2015) menar att sjuksköterskor upplever det som utmanande att ge patienter diagnos och prognos om det kroniska tillståndet. De måste balansera behovet av att vara ärliga om det allvarliga tillståndet, vilket kan öka ångesten hos patienter, med att skapa förtroende hos patienterna för att upprätthålla hopp om att vara livsbejakande trots sjukdomen. Sjuksköterskor upplever även att de har svårigheter med att föra över kunskapen till patienterna, vilka känner att det är utmanande och har svårt för att ta till sig informationen. Det beror bland annat på bristande språkkunskaper hos patienterna eller att de inte accepterar sitt sjuka tillstånd.

Sjuksköterskor har observerat att beroende på hur informationen ges har patienter svårt för att förstå och analysera den. Att informationen oftast missförstås av patienter beror oftast på att informationen som sjuksköterskan ger är otillräcklig, felformulerad eller inte individanpassad (Campbell et al., 2016; Matsuoka et al., 2016; Rasmusson, Flattery & Baas, 2015). Sjuksköterskor har ett ansvar att ge förutsättningar för att patienter ska få uppnå hälsa, därför är betydelsen av patientutbildning inom egenvård och hälsa betydelsefull (Sterne et al., 2014).

Anhörigas vardag kännetecknas av oro, oklarhet och att hitta motivation för att stötta samt vårda den närstående med hjärtsvikt. Anhöriga känner att hälso- och sjukvården tar deras omsorg för givet samt att hälso- och sjukvården inte ger all information som de anhöriga behöver. Detta leder till att anhöriga upplever ett utanförskap som har en negativ påverkan på relationen mellan anhöriga och den närstående med hjärtsvikt (Gusdal, 2017). Liljeroos, Ågren, Jaarsma och Strömberg (2014) menar att anhöriga känner att det är av stor betydelse med information och kunskap om hjärtsvikt. Informationen leder till att anhöriga har större kunskap om sjukdomsförloppet och dess symtom, vilket resulterar i att anhöriga kan vara till mer hjälp. Buck et al. (2015) påvisar i sin studie att stöd från anhöriga har en positiv effekt på egenvården för patienter med hjärtsvikt, vilket medför färre sjukhusbesök samt minskar morbiditet och dödligheten.

2.5 Teoretiskt perspektiv

Exmanensarbetets valda teoretiska perspektiv är Orems teori om egenvård. Orems teori anses vara relevant för examensarbetet, då hon beskriver egenvård samt betonar vikten av att patienterna utför egenvård.

Enligt Orem omfattar egenvård de aktiviteter som människan genomför för att bibehålla god hälsa, livskvalitet och välbefinnande. I Orems teori antas det att alla människor vill ta hand om sin egen hälsa, men om patienters behov och förmåga att tillgodose god hälsa, livskvalitet och välbefinnande inte är på samma nivå, uppstår det en obalans. Orems teori om egenvård grundas på tre delar, egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadsystem. Egenvård enligt Orems teori är att ha kapacitet att vårda sig själv, en person med god hälsa kan oftast tillgodose sina egenvårdsbehov. Specifika egenvårdsbehov handlar om hälsoproblem som är bundna till bland annat sjukdomar som i behov av medicinsk vård och behandling. Det innebär att lära sig att leva med sitt hälsotillstånd och acceptera det samt ha kunskap om sjukdom, behandling och deras komplikationer. När kraven av egenvården kan hanteras så bibehåller människan sin hälsa. Egenvårdsbrist uppstår när egenvårdskapaciteten är otillräcklig, då personens förmåga till egenvård inte räcker för att balansera egenvårdsbehoven och de krav dessa ställer på personen. När egenvårdsbrist uppstår är det sjuksköterskors ansvar att förbättra patientens egenvårdskapacitet. Olika faktorer så som brist på kunskap, låg självkännet, miljön och psykisk nedsättning medför egenvårdsbrist. Omvårdnadssystemet handlar delvis om att en utformad omvårdnadsplan av sjuksköterskor ska finnas för att patientens egenvårdsbalans ska bibehållas eller återfås. Sjuksköterskornas roll blir att tillsammans med patienter identifiera omvårdnadsbehov och formulera en omvårdnadsplan. I omvårdnadsplanen ska det tydligt framgå vilka aktiviteter patienterna själva klarar av att utföra respektive vilka aktiviteter patienterna behöver assistans med av sjuksköterskor. Målet är att stödja patienter till att kunna utföra egenvård själva eller med stöd från närstående. Orems teori om egenvård beskriver att människan ständigt lär och utför de åtgärder som är nödvändiga för att värna om sina funktioner psykiskt och fysiskt samt sin integritet (Orem, 2001).

2.6 Problemformulering

En av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige är hjärt- och kärlsjukdomar. Patienter som lever med hjärtsvikt är en patientkategori som förekommer i det egna hemmet och på det flesta vårdenheter på sjukhuset. Patienter som lever med en hjärtsviktsdiagnos påverkas både kroppsligt och emotionellt. Trötthet och andfåddhet är vanliga symtom som konstant påminner patienter om sitt kroniska tillstånd och begränsar dem i vardagen. För att behandla hjärtsvikt krävs det en kombinerad behandling med farmakologisk och icke farmakologisk behandling. Egenvård utgör en stor del av den icke farmakologiska behandlingen, dock är det inte en självklar behandling överallt. Sjuksköterskor har ett ansvar att informera och utbilda patienter individanpassat om hur de ska sköta sin egenvård. Forskning visar att sjuksköterskor har bristande kunskap kring hjärtsvikt och egenvård. Utöver det har sjuksköterskor idag för lite kunskap om vilka erfarenheter patienter själva har om sin egenvård då det tidigare finns för lite forskning som berör ämnet. Forskningen visar även att

sjuksköterskors uppgift är att implementera egenvården naturligt i patienters vardag. Genom att beskriva patienternas erfarenheter av egenvård vid hjärtsvikt kan sjuksköterskors kunskap öka samt få större insikt och på så sätt bidra till patienters välmående. Genom att sjuksköterskor motiverar och stöttar kan de upplysa patienter om betydelsen av egenvård för det kroniska tillståndet. Om patienternas erfarenheter inte lyfts fram finns det en risk att sjuksköterskor inte uppmärksammar detta, det kan leda till negativa konsekvenser för egenvården och omvårdnaden med risk att patienterna upplever ett vårdlidande. Fokuset i examensarbetet är därför på patienters erfarenheter av egenvård vid hjärtsvikt

3 SYFTE

Syftet är att beskriva patienters erfarenheter av egenvård vid hjärtsvikt.

4 METOD

Vald metod för examensarbetet är en kvalitativ systematisk litteraturstudie. Litteraturstudien genomfördes av tidigare publicerade vetenskapliga artiklar och analyserades enligt Evans (2002) beskrivande syntes. En systematisk litteraturstudie var lämplig att använda då syftet är att beskriva patienters erfarenheter av egenvård vid hjärtsvikt. En litteraturstudie är till för att beskriva patienters erfarenheter samt att erfarenheterna ska framhållas för att ge läsaren en djupare förståelse av resultatet (Polit & Beck, 2012; Segesten, 2017). I vetenskapliga artiklar med mixad metod har enbart den kvalitativa delen använts. Nedan beskrivs det hur datainsamlingen och urvalet har skett samt hur dataanalysen genomfördes.

4.1 Datainsamling och urval

Utifrån syfte har vetenskapliga artiklar sökts i databaserna PubMed, CINAHL Plus, MEDLINE och PsycINFO. Dessa databaser valdes då de innehåller tidskrifter och artiklar som berör omvårdnad och vårdvetenskap.

Utifrån syftet med examensarbetet användes sökord som svarade an på syftet eller ansågs relevanta. Exempel på sökord som användes vid sökningarna av artiklar var "heart failure", "self-care", "experience", "self-care management", "information", "decision making", "patient perspective" och "qualitative". Se sökmatrix Bilaga A för detaljerad information om varje enskild sökning. Boolean phrase användes vid sökningarna, det innebär att operatörer som AND och OR kombinerade sökorden för att begränsa och bredda sökningarna (Östlundh, 2017).

De avgränsningar som användes vid sökningarna var; peer-reviewed, English language, abstract available, full text, boolean/phrase samt att artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2011–2018. Svårigheter med att finna relevanta artiklar uppstod, vilket ledde till att åren utökades till 2007–2018. Avgränsningen all adults användes vid sökningarna, vilket medförde att vissa artiklar försvann och därför användes det som avgränsning samt inklusionskriterie vid sökningarna.

Examensarbetets inklusionskriterier var vuxna patienter över 18 år, oavsett kön och civiltillstånd. Exklusionskriterier som valdes var sjuksköterskors perspektiv, kvantitativa artiklar och litteraturöversiktsartiklar. Urvalet genomfördes genom att alla artiklars titlar lästes, var titeln intressant lästes artikelns abstrakt och syfte. Om det ansågs att artikeln var relevant för examensarbetet lästes den i sin helhet. Därefter togs det ett beslut om huruvida artikeln skulle kvalitetsgranskas, förutsatt att artikeln innehöll relevant fakta.

Kvalitetsgranskningen var utformad efter Fribergs (2017a) kvalitetsgranskningens frågor för kvalitativa artiklar. De frågor som användes i granskningen är presenterade i en kvalitetsgranskningstabell, se Bilaga B. Totalt 14 artiklar granskades och 11 artiklar inkluderades till resultatet se artikelmatris Bilaga C. Artiklar med mixad metod samt med fler perspektiv en patientens har tagits med till resultatet. Vid mixad metod har enbart det kvalitativa resultatet används och vid olika perspektiv har endast resultatet om patienten används.

4.2 Dataanalys

Artiklarna har analyserats utifrån Evans (2002) beskrivande syntes som består av fyra steg; steg ett var insamling av material, steg två var att identifiera nyckelfynd, steg tre var att sammanställa och relatera studiernas teman, steg fyra var att beskriva fenomenet.

Det första steget enligt Evans beskrivande syntes är att insamla artiklar med relevans för syftet. I det första steget gjordes sökningarna i databaser där relevanta artiklar valdes ut för analys. I avsnittet datainsamling och urval, beskrivs det första steget mer detaljerat.

Det andra steget enligt Evans beskrivande syntes är att artiklarna läses flertal gånger för att få en helhetsbild av deras innehåll (Evans, 2002). I det andra steget läste båda författarna samtliga artiklar för att skapa en egen uppfattning om varje artikels innehåll. Därefter diskuterade författarna artiklarna sinsemellan för en gemensam förståelse. För att minska risken för felaktig översättning av enskilda ord i artiklarna som inte förstods användes ett lexikon till hjälp, samt en tredje person togs till hjälp vid osäkerhet. Nyckelfynd som ansågs svara på det som avsågs att undersökas identifierades från varje artikel. Uppkom flertal olika nyckelfynd från samma artikel diskuterades det fram fyndet var relevant eller inte i förhållande till syftet. Ett gemensamt beslut togs om nyckelfyndet skulle användas eller inte. Totalt resulterade det i 140 stycken nyckelfynd.

Det tredje steget enligt Evans beskrivande syntes är att likheter och olikheter av nyckelfynden ställdes samman för att skapa olika teman. Utifrån de teman som skapades bildades subteman (Evans, 2002). I det tredje steget sammanställdes samtliga artiklars nyckelfynd

och dokumenterades i ett nytt dokument där nyckelfyndens olikheter och likheter sammanställdes. Utifrån olikheter och likheter i nyckelfynden framkom olika teman. Analysen resulterade i två teman med tillhörande åtta subteman.

I det fjärde och sistasteget enligt Evans beskrivande syntes skapas en beskrivning av erfarenheten som undersöks vilket utgör resultatet. Subteman och teman återförs sedan till nyckelfyndet och ursprungsartikel (Evans, 2002). I det fjärde steget skapades en beskrivning vilket utgör resultatet av analysen. De teman och subteman som skapats utgör resultatets rubriker och underrubriker. Resultatet består av sammanfattningar av nyckelfynd och de skrevs i löpande text med referenser till ursprungsartikeln.

Tabell 2. Exempel på nyckelfynd, subteman och teman.

Nyckelfynd	Subteman	Teman
Being motivated by family to act on risk factors and to model appropriate behaviours for family member (Lockhart et al., 2014, s. 272)	Stöd från omgivningen	Möjligheter
Having family caregiver involvement in patient's HF self-management is essential (Piamjariyakul et al., 2012, s. 241)		
Positive accounts of how health professionals had informed, motivated and supported them in self-management (Lockhart et al., 2014, s. 272)	Kunskap som skapar förutsättningar till följsamhet av egenvård	
The hospital provided us with a series of brochures which I studied and understood what I needed to do. (Abotalebidariasari et al, 2017, s. 3)		

4.3 Etiska överväganden

Det är forskarens ansvar att det resultat den kommit fram till är ärlig och inte blivit förfalskad eller förvrängd på något sätt. För att forskningen ska ses som vetenskapligt accepterad ska all metod och resultat redovisas öppet, för att andra forskare ska kunna granska och upprepa forskningen (Vetenskapsrådet, 2017). Artiklar som ska ingå i vetenskapliga studier ska beakta de etiska principerna (Polit & Beck, 2016). Forskningsetiska aspekter i systematiska litteraturstudier är att etiska överväganden ska göras, både gällande urval samt hur resultatet presenteras (Forsberg & Wengström, 2016). De studier som använts i detta examensarbete har alla genomgått en etisk prövning. Författarna i examensarbetet har inte haft någon avsikt till att förvränga data eller felöversättning. Plagiering eller någon form av förfalskning har inte skett i examensarbetet. Genom tydligt och korrekt utförande av

referenser var författarnas intention att läsarna enkelt ska kunna spåra alla referenser tillbaka till deras ursprung.

5 RESULTAT

I resultatet framkom två teman, möjligheter och hinder med tillhörande subteman. Totalt framkom åtta subteman, se Tabell 3.

Tabell 3. Teman och subteman

Teman	Subteman
Patienters erfarenheter av möjligheter att utföra egenvård.	Kunskap som skapar förutsättningar till följsamhet av egenvård
	Motivation som medför följsamhet till egenvård
	Stöd från omgivningen
Patienters erfarenheter av hinder för att utföra egenvård.	Brist på förståelse och information
	Psykiska och emotionella barriärer
	Rädsla och hinder för fysisk aktivitet
	Ekonomiska begränsningar
	Kostrestriktioner

5.1 Patienters erfarenheter av möjligheter att utföra egenvård

I detta tema beskrivs subteman; kunskap som skapar förutsättningar, motivation som medför följsamhet av egenvård och stöd från omgivningen.

5.1.1 Kunskap som skapar förutsättningar till följsamhet av egenvård

Ökad kunskap om hjärtsvikt medförde att patienterna erfor att de fick mer förståelse för att de har en sjukdom. Den ökade kunskapen medförde att patienterna enklare kunde identifiera sina behov av egenvård samt vilka åtgärder de skulle vidta vid försämring för att uppfylla deras välmående. Patienternas engagemang till följsamhet i egenvården växte genom att patienterna fick ökad kunskap och förståelse för sin sjukdom samt om sina egna behov vid försämring av hjärtsvikten (Abotalebidariasari, Memarian, Vanaki, & Kazemnejad, 2017;

Jowsey, Pearce-Brown, Douglas, & Yen, 2014; Piamjariyakul, Smith, Werkowitch, & Elyachar, 2012; Seto et al., 2011). För att effektiv egenvård skulle kunna uppnås behövdes informationen till patienterna skraddarsys från olika yrkeskategorier i enlighet med patienternas behov (Yu & Li, 2016). Patienternas kunskap hämtades från flertal olika källor bland annat som information om egenvård från läkare och sjuksköterskor. Patienterna lärde sig genom att de lyssnade på vårdpersonalen och ställde frågor. Patienterna fick även ta del av medicinska böcker, broschyrer samt gå på sjukhusundervisning (Abotalebidiariasari et al., 2017; Piamjariyakul et al., 2012). *"The hospital provided us with a series of brochures which I studied and understood what I needed to do"* (Abotalebidiariasari et al., 2017, s. 3). Patienterna fann även information på tv och internet som de tog till sig och omvandlade till kunskap. Genom att patienterna lärde känna sina egna kroppar och dess symtom vid försämring samt förbättring, kunde de koppla den individuella kunskapen med den allmänna kunskapen och få en bredare kunskap och förståelse om sin hjärtsvikt (Barello et al., 2015; Lockhart et al., 2015; Piamjariyakul et al., 2012).

Patienterna lärde sig hur olika utrustningar fungerade för att kunna genomföra dagliga kontroller av blodtryck, puls, syremättnaden i blodet, urinproduktionen samt kroppsvikten. Patienterna utvecklade kunskapen om sitt normala tillstånd genom att föra data av kontrollerna (Abotalebidiariasari et al., 2017; Riley, Gabe & Cowie, 2013; Seto et al., 2011). Ett register fördes av symtom och vitala tecken, registret medtogs till doktorn och diskuterades tillsammans så ny kunskap skapades genom förståelse av symtomen och dess vitala tecken (Barello et al., 2015; Piamjariyakul et al., 2012; Riley et al., 2013). Patienterna behövde tillämpa kunskapen i det vardagliga livet (Piamjariyakul et al., 2012). De lärde sig att känna igen sina individuella symtom och kroppreaktioner för att till framtiden skapat sig kunskap om vad som var normalt och onormalt (Abotalebidiariasari et al., 2017; Dicksson, Deatrick & Riegel, 2008; Sethares & Asselin, 2017). Den ökade kunskapen om individuella symtom hjälpte till att igenkänna diffusa och unika symtom på försämring. Genom att patienterna lärde sig av sina symtom såg de även kopplingen mellan symtom och vad som orsakade symtomen (Abotalebidiariasari et al., 2017). Identifiering av orsak till symtom och vad som påverkade deras hälsa hjälpte patienterna till att undvika det samt vilka åtgärder de skulle tillämpa vid försämring av hjärtsvikten (Abotalebidiariasari et al., 2017; Dicksson et al., 2008; Piamjariyakul et al., 2012; Riley et al., 2013; Sethares, & Asselin, 2017)

I have had this disease throughout my life, my [self-care] knowledge is based on my own personal experience. For instance, if I did intense physical activity, I experienced problems and thereby, I would understand that intense activity could be harmful to me (Abotalebidiariasari et al., 2017, s. 3).

Patienter som tidigt kunde tolka sina symtom reagerade snabbare och vidtog åtgärder direkt, så som att de justerade vätskeintaget och aktivitetsnivån i överensstämmelse med symtomvärdet. I samband med åtgärderna övervakade patienterna kroppreaktionerna ifall förbättring eller försämring skedde (Sethares & Asselin, 2017; Yu & Li, 2016). Att patienterna förstod dosering och biverkningar på medicinerna, betydelsen av att ändra livsstil så som kosten, vikten och motion medförde att patienterna klarade att hantera sin egenvård av hjärtsvikt (Piamjariyakul et al. 2012).

5.1.2 Motivation som medför följsamhet till egenvård

Rädslan samt oron för att bli beroende av andra, förlora sin självständighet och komplikationer av hjärtsvikten skapade motivation för patienterna att kontinuerligt utföra egenvård. Positiv inställning till sjukdomen hos patienterna medförde att de intalade sig själva om att det fanns möjligheter att optimera sin hälsa och få kontroll över sin sjukdom (Dicksson, Deatrick & Riegel, 2008). *"You've got to stay positive...make the most of it"* (Jowsey et al., 2014, s. 270) När patienterna såg att egenvården gav goda resultat kunde det skapa en gnista hos patienterna som motiverade dem till att fortsätta (Abotalebidiariasari et al., 2017; Jowsey et al., 2014; Lockhart et al., 2014; Sethares & Asselin, 2017). *"If you improve your mind, your heart can improve"* (Woda, Belknap, Haglund, Sebern, & Lawrence, 2015, s. 36) Genom att patienterna lärde sig att hantera de känslomässiga reaktionerna så blev hanteringen av det nya hälsotillståndet enklare (Barello et al., 2015). Somliga patienter hade en erfarenhet av att tron på Gud och andlighet medförde en positiv effekt på hanteringen av psykisk stress samt medförde ett mentalt lugn. Somliga patienter erfor även att tron på Gud och andlighet var ett redskap för att finna motivation till följsamhet till egenvård (Abotalebidiariasari et al., 2017; Piamjariyakul et al., 2012). Att patienterna umgicks och hade interaktioner med andra som levde med hjärtsvikt motiverade patienterna och gav dem hopp (Lockhart et al., 2014). Viljan av att vara närvarande för sin familj och tanken på att mista dyrbar tid med dem på grund av sjukdomen var en bidragande faktor till att motivera patienterna (Jowsey et al., 2014; Sethares & Asselin, 2017). En annan motiverande faktor var rädslan för att dö. Detta ledde till att patienter var noggrannare med att ta hand om sin hälsa samt att de följde de råd som hälso- och sjukvården gav (Abotalebidiariasari et al., 2017).

5.1.3 Stöd från omgivningen

Patienterna som fick hjälp och stöd från sin omgivning var de patienter som kunde införa en effektiv egenvård i vardagen (Abotalebidiariasari et al., 2017; Yu & Li, 2016). Patienterna erfor att närstående alltid var tillgängliga för dem och de kunde tillhandahålla stöd som var informativt, instrumentellt och emotionellt (Barello et al., 2015; Woda et al., 2015). Patienterna erfor att det var av betydelse att närstående följde med till hälso- och sjukvården där de antecknade samt ställde frågor. Det medförde att de närstående kunde hjälpa patienterna att identifiera symtom och behandla dessa, påminna dem frekvent om vikten att ta mediciner, följa kostrestriktionerna, väga sig dagligen och utföra fysiska aktiviteter. Patienterna såg hjälpen och stödet de fick från närstående som motiverande. *"The Aboriginal worker, she's a friend of mine....we were smoking mates and everything, and she gave it [smoking] all up. If she can do it I can do it. That what she's saying [laughs]"* (Jowsey et al., 2014, s. 272). Patienterna var evigt tacksamma över att de närstående var behjälpliga samt var och fanns som ett stöd för dem (Jowsey et al., 2014; Piamjariyakul et al., 2012; Woda et al., 2015; Yu & Li, 2016). Att patienterna fick kontakt med andra som hade hjärtsvikt medförde att de fick möjligheten att diskutera sin hjärtsvikt och dela erfarenheter med varandra. Patienterna uppskattade att ha kontakt med andra i liknande situationer då de tog lärdom av varandra samt att utvecklade en vänskap som var stödjande (Jowsey et al., 2014; Piamjariyakul et al., 2012).

Patienterna erfor att hälso- och sjukvårdspersonalen visade ett engagemang för dem genom att de var stöttande, uppmuntrande och välkomnande mot patienterna. Patienterna erfor att stödet var väsentligt för att de skulle ta hand om sin hälsa (Barello et al., 2015; Jowse et al., 2014). Läkarna gjorde det möjligt för patienterna att bli självsäkra samt att de inte kände sig ensamma angående sin egenvård (Barello et al., 2015).

5.2 Patienters erfarenheter av hinder för att utföra egenvård

I detta tema beskrivs subtemana; brist på förståelse och förmåga, bristande motivation, rädsla och hinder för fysisk aktivitet, ekonomiska begränsningar samt kostrestriktioner.

5.2.1 Brist på förståelse och information

De flesta patienter diagnostiserade med hjärtsvikt förstod att det krävdes livsstilsförändringar, självövervakning och medicinering för att leva med sjukdomen. Patienterna hade bristande kunskap om hur man utför en bra egenvård, det kunde leda till en sämre hantering av hjärtsvikten (Yu & Li, 2016). En del patienter hade inte förmågan att resonera kring sin hjärtsvikt och kunde därför inte uppnå en korrekt förståelse för orsakerna till utvecklingen av nya symtom (Abotalebidariasari et al., 2017).

I should have gone to the hospital sooner with the shortness of breath and swollen ankles. But I didn't think it was anything serious. I just didn't know. I never heard of it...And what happened really at first, it comes on very gradual (Barello et al., 2015, s. 15).

Informationen som gavs under sjukhusvistelsen var för komplicerad och förhastad. Patienterna förstod inte alltid det medicinska språket eller de medicinska termer som användes på informationsblad för att lära sig om sjukdomen och egenvård (Piamjariyakul et al., 2012).

When I was diagnosed with heart failure, I feel totally paralyzed and the only think I wished in that moment was to understand and have an explanation about what happened to my body, to me, to my life (Barello et al., 2015, s. 5).

Patienterna erfor att det var förvirrade gällande informationen om hur mycket de får motionera. Patienterna var osäkra på om de skulle ta det lugnt på grund av hjärtsvikten eller om de skulle öka träningen (Seto et al., 2011).

Patienterna önskade mer kunskap om hur de kunde bedriva egenvården. Nydiagnostiserade patienter uppgav att personalen på sjukhuset inte givit tillräckligt med information om hur egenvården ska utföras, så som vätskerestriktion, saltintag, viktmätning samt hur man mäter blodtrycket i hemmet. Patienter hade även svårt att tolka sina värden av blodtryck och vikt, samt hur de räknade ut sitt vätskeintag och beräknade saltkonsumtionen. Patienterna visste inte hur de skulle tolka eller agera på avläsningarna, de medförde att patienterna slutade mäta sina värden (Seto et al., 2011).

5.2.2 Psykiska och emotionella barriärer.

Patienterna som diagnostiserades med hjärtsvikt hade efter att de mottagit diagnosen erfarit att deras känslomässiga reaktion ofta yttrades genom chock, isolering och sorg (Barello et al., 2015). Den främsta orsaken till att patienterna inte tog medicinerna, skötte kostrestriktionerna, utförde fysisk aktivitet var för de upplevde depressiva symtom. Patienterna erfor att när de kände sig deprimerade gjorde de ingenting, vilket det var ett hinder för engagemanget av följsamheten av egenvård (Lockhart et al., 2014; Woda et al., 2015). *“Feeling depressed on limitations, limited activities such as chores, family, exercise etc”* (Piamjariyakul et al., 2012, s. 242).

Rädsla och oro för framtiden orsakade brist på motivation vilket medförde att patienterna inte utförde egenvård. Ovissheten om vad som kommer hända i framtiden medförde att patienterna upplevde sig stressade (Jowsey et al., 2014; Sethares & Asselin, 2017). *“that's when the stress comes in from that day on because you don't know what's going to happen going forward ...”* (Sethares & Asselin, 2017, s. 196) Patienterna erfor att det var meningslöst att utföra egenvård då de kände att de ändå inte kunde göra något åt för att förbättra sjukdomen och undvika en för tidig död (Jowsey et al., 2014).

Patienterna har vanligen ett lågt självförtroende för att utföra egenvård, särskilt när de mår sämre (Seto et al., 2011). Låg självkänsla och ett lågt självförtroende hos patienterna medförde en sämre egenvård. Patienterna hade erfarenhet av att de tvivlade på sin egen intuition om hur de ska hantera olika situationer vid egenvård. Flera av patienterna klarade inte av att läsa av vägen eller bandet runt fotleden, det orsakade att självförtroendet för övervakning blev bristande hos patienterna (Seto et al., 2011; Yu & Li, 2026). Patienterna uttryckte att de erfarit en känsla av värdelöshet samt att de var oroad för att vara en börda för det närstående. Det medförde att patienterna dolde sina symtom inför sina närstående så de inte kunde ta lärdom av deras tillstånd eller att finnas som stöd för dem. Patienterna erfor att stödet från närstående ibland kunde ge dem ångest, vilket medförde brist på motivation (Jowsey et al., 2014; Woda et al., 2015; Yu & Li, 2016).

5.2.3 Rädsla och hinder för fysisk aktivitet

Trötthet, andfåddhet eller känslomässigt illamående var symtom på fysiska begränsningar som medförde att egenvårdsaktiviteter inte kunde upprätthållas (Abotalebidiariasari et al., 2017; Riley, Gabe, & Cowie, 2012). Patienter med avancerad hjärtsvikt erfor att fysiska begränsningar hindrade dem från att utföra dagliga egenvårdsaktiviteter och de blev beroende av andra för att klara av aktiviteterna (Abotalebidiariasari et al., 2017; Riley et al., 2012). Fysiska begränsningarna medförde att patienterna inte genomförde sin egenvård eller genomförde egenvård utifrån egen förmåga, för att förhindra trötthet samt spara energi, vilket inte motsvarade de hälso- och sjukvården rekommenderat (Jowsey, Pearce-Brown, Douglas, & Yen, 2014).

Vid fysisk aktivitet förekom rädsla hos patienterna, rädslan patienterna erfarit var att hjärtat inte skulle klara av den fysiska belastningen. De antog att den fysiska belastningen kunde

leda till hjärtinfarkt, försämrade symtom eller döden. Rädslan patienterna erfarit medförde att de valde att avstå fysiska aktiviteter (Dicksson, Deatruck, & Riegel, 2008).

My body, legs, chest, lungs, all filled up with water, and of course I was walking round for two or three days gasping for breath. Eventually I had to call an ambulance. I couldn't get up, move from the chair to the bed without gasping for breath I was so full of water (Riley et al., 2012, s. 2448).

5.2.4 Ekonomiska begränsningar

Patienterna erfor att deras hjärtsvikt orsakade perioder då de mår sämre, det medförde fler sjukhusbesök, sjukskrivning och mindre inkomst. Patienterna ansåg att en låg inkomst var ett stort hinder för att ta hand om sin hälsa samt att det var en stor källa till ångest. Patienterna uppgav att de inte hade råd att införskaffa den utrustningen som krävdes för egenvårdskontroller såsom våg, blodtrycksmanschett, läkemedel och hälsosam kost då det är dyrare (Jowsey et al., 2014; Piamjariyakul et al., 2012; Seto et al., 2011). *"It's not easy keeping up with (the recommendations from the) dietitian... to 100% follow (the recommendations from the) dietitian and doctor... (you) need to be economically wealthy"* (Seto et al., 2011, s. 381). Det medförde sämre följsamhet av egenvård gällande kost, egenkontroller och fysisk aktivitet (Jowsey et al., 2014; Piamjariyakul et al., 2012; Seto et al., 2011).

5.2.5 Kostrestriktioner

Patienterna erfor att förändring av kosten var en stor utmaning för att bedriva sin egenvård. Att vara restriktiv i sitt intag av fett, salt och vätska. De ansåg att det svåraste att förhålla sig till var vätskeintaget och saltrestriktionerna. Flertal patienter hade erfarit sig törstiga väldigt ofta vilket medförde att de intog mer vätska än rekommenderat (Seto et al., 2011). *"I can't do what they say (and drink only) 3 glasses. I can't. I drink 6 or 7 (glasses), but I'm always thirsty"* (Seto et al., 2011, s. 380). Många patienter uppgav att de hade en svaghet för mat och speciellt mat som innehöll mer salt än det som var rekommenderat vid hjärtsvikt. Enligt patienterna var deras höga konsumtion av salt en stor bidragande orsak till försämring av hjärtsvikt (Abotalebidiariasari et al., 2017; Seto et al., 2011). Patienterna hade en tro om att ett livsmedel som innehöll salt, kunde sköljas i vatten och då minskade saltmängden (Yu & Li, 2016). Patienterna erfor att det var mer bekvämt att inhandla snabbmat ifrån restauranger eller ifrån varumaskiner än att tillaga egen mat (Woda et al., 2015).

They don't have any diet stuff in the vending machine. I sit here all day looking at that machine. It [vending machine] is right here in my face. It's enticing to us. Eventually you find yourself getting something that you don't need (Woda et al., 2015, s. 36).

Snabbmaten hade en högre tillgänglighet samt var billigare än den hälsosamma maten som tillhörde kostrestriktionerna (Woda et al., 2015). *"I can't afford to buy healthy food"* and *"Fried food is not good for you. I know that, but that's cheap."* (Woda et al., 2015, s. 36).

6 DISKUSSION

I resultatdiskussionen lyfts centrala delar fram från resultatet och diskuteras mot tidigare forskning, teoretiskt perspektiv, sjuksköterskans roll samt styrdokument och riktlinjer. I metoddiskussionen diskuteras litteraturstudiens valda metod och analys i förhållande till kvalitetskriterierna giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. I etikdiskussionen lyfts forskningsetiska synpunkter fram.

6.1 Resultatdiskussion

Resultatet visade att ökad kunskap om hjärtsvikt medförde att patienterna fick mer förståelse av sjukdomen. Den ökade kunskapen medförde trygghet och förutsättningar som påverkade patienternas följsamhet av egenvården. Resultatet stärks utifrån Orems (2001) teori om egenvård, patienter behöver kunskap om sjukdom, behandling och dess komplikationer för att ha kapacitet att utföra de aktiviteter som krävs vid egenvård. Resultatet visade även på att patienterna behövde kunna känna igen det individuella symtommönstret och tillämpa sin kunskap i det vardagliga livet. Patienterna behövde även klara av att identifiera orsak till symptom vid försämring och vad som påverkade deras hälsa. Genom att patienterna hade kunskap om vad som orsakade försämringar av hjärtsvikten samt vilka symtommönster de hade vid försämringarna, medförde det att patienterna kunde undvika orsakerna samt veta vilka åtgärder de skulle tillämpa vid försämring av hjärtsvikten. Resultatet kan kopplas till tidigare forskning av Sterne et al. (2014) och Stålhammar et al. (2012). Sterne et al. (2014) och Stålhammar et al. (2012) beskriver att den goda egenvården resulterar i ökad livskvalitet för patienterna samt ökad kunskap som bidrar till antalet sjukhusvistelser minskar. Harkness et al. (2015) påvisar i sin studie att egenvård är grunden till ett välbefinnande trots det kroniska tillståndet, vilket även överensstämmer med tidigare forskning av Sterne et al. (2014) och Stålhammar et al. (2012). Den tidigare forskningen tillsammans med Orems (2001) teori kan kopplas till resultatet att egenvården ökade välbefinnandet ifall patienterna har goda kunskaper.

Resultatet visade att det fanns brister i information och att patienterna erfarit svårigheter med att förstå och ta till sig informationen. Enligt Patientlagen (2014:821), ska hälso- och sjukvården utgå från patienternas individuella förutsättningar och utforma vårdandet tillsammans med patienterna samt att deras önskemål ska synliggöras. Resultatet visade att patienterna hade bristande kunskaper om sin underliggande sjukdom. Resultatet visade även att patienterna erfor att informationen från sjukvårdspersonalen var otillräcklig och patienterna önskade mer kunskap om hur de utför egenvård. Tidigare forskning visar på att hälso- och sjukvårdspersonalen saknar adekvat kunskap om hjärtsvikt, vilket behövs för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna utbilda patienter om hjärtsvikt och egenvård (Sterne et al., 2014). Den tidigare forskningen visar på att det är sjuksköterskornas ansvar att patienterna uppnår hälsa, därav betydelsen av patientutbildning inom egenvård och hälsa (Sterne et al., 2014). Harkness et al. (2015) skriver i sin studie att det är sjuksköterskornas uppgift att få in egenvården naturligt i patientens vardag. Det är av vikt att sjuksköterskor individanpassar egenvården samt att egenvården fortsätter utvecklas med tiden vart efter

erfarenheten och kunskapen blir större för patienten. Den tidigare forskningen stärks även i Orems (2001) teori om egenvård; att det är sjuksköterskors ansvar att delge patienterna kunskap och förbättra patienternas egenvårdskapacitet när de har bristande kunskap. Resultaten stärks genom tidigare studier där det framkommer att hälso- och sjukvårdspersonalen har svårt att översätta kunskapen och informationen så den blir förståelig för patienterna (Glogowska et al., 2015; Wyer et al., 2015). Det framkommer även i tidigare studier att anledningen till att informationen oftast missförstås mellan sjuksköterskor och patienter är att informationen inte individanpassas, den är otillräcklig och felformulerad (Campbell et al., 2016; Matsuoka et al., 2016; Rasmusson, Flattery & Baas, 2015). Resultatet kan också kopplas till Ulin, Malm och Nygårdhs (2015) tidigare forskning som visar på att egenvården förbättras ifall sjuksköterskor använder personcentrerad vård.

En reflektion är att resultatet angående bristande information, orsakas av att hälso- och sjukvårdspersonalen idag saknar adekvat kunskap vilket stöds i den tidigare forskningen. Saknar hälso- och sjukvårdspersonalen kunskap kan de heller inte utbilda patienterna. Utbildningen patienterna får blir påverkad och skiljer sig åt beroende på vilken kunskap hälso- och sjukvårdspersonalen har. Resultatet hade kunnat se annorlunda ut ifall all patientutbildningen utförts av hälso- och sjukvårdspersonal med extra kunskap inom hjärtsvikt.

Resultatet visade att med stöd från sin omgivning kunde patienterna utföra egenvården på ett mer effektivt vis som var gynnsamt för dem. Resultatet visade att patienterna uppskattade stödet de fick från sin omgivning. Patienterna kände trygghet och stöd från sina närstående, genom att de bland annat närvarade vid sjukhusbesök och var ständigt tillgängliga för patienterna, vilket patienterna var tacksamma över. Vikten av stöd från anhöriga är i överensstämmelse med vad Buck et al. (2015) fann där stöd från närstående är en positiv faktor för patienter som lever med hjärtsvikt. Den positiva effekten bidrar till färre besök på sjukhuset samt att stödet minskar morbiditet och mortaliteten.

Resultatet visade även på att närstående hjälpte patienterna att identifiera och behandla hjärtsviktssymtom, påminde patienterna att ta sin medicin, kontrollerade kosten samt att de fick patienterna att vara fysiskt aktiva. Gusdal (2017) skriver i sin artikel att närstående ständigt lever med oro samt försöker hitta styrkan för att motivera sina närstående som lever med hjärtsvikt. För att närstående ska kunna hjälpa och ge stöd till patienter behöver de få information och bekräftelse från hälso- och sjukvården, vilket de inte alltid får. Liljeroos et al. (2014) belyser om vikten av att närstående har information om sjukdomen. Det leder till att närstående kan vara till mer hjälp och ge den stöd som patienter behöver.

I resultatet framkom det att stöd från hälso- och sjukvårdspersonal var betydelsefullt för att patienterna skulle genomföra effektiv egenvård. Stödet från hälso- och sjukvårdspersonalen var betydelsefullt för att patienterna skulle ta hand om sin hälsa. Med information, uppmuntran och visat engagemang kände patienterna stöd från hälso- och sjukvården. Stödet från hälso- och sjukvårdspersonalen medförde att patienterna blev självsäkra och att de inte kände sig ensamma. Alisson (2007) betonar vikten i sin tidigare studie av att sjuksköterskor diskuterar med patienter och ger dem stöd avseende egenvården. Orem (2001) nämner, för att patienter ska bli självständiga i sin egenvård krävs det stöd från sjuksköterskor. En reflektion är att sjuksköterskor, tillsammans med patienter, formulerar en

omvårdnadsplan där det framgår vilka aktiviteter patienterna behöver stöd och assistans med.

Motivation var ett centralt fynd i resultatet och återkom i flertalet artiklar. Patienterna strävade efter att inte behöva förlita sig på andras hjälp och därmed förlora sin självständighet, vilket medförde motivation hos patienterna till att utföra sin egenvård. Viljan av att vara närvarande hos sin familj var motivation som bidrog till följsamhet av egenvård. Även rädslan för att dö kunde vara motivation för patienterna till att noggrannare ta hand om sin hälsa. De som hade en positiv inställning till sjukdomen motiverade sig själva till att få kontroll över sin sjukdom och optimera sin hälsa. Resultatet stärks av Orem (2001) då hon hävdar att alla människor vill ta hand om sin egen hälsa. God hälsa är när man har kapacitet att vårda sig själv, acceptera sitt hälsotillstånd och lära sig leva med sjukdomen.

Det framkom i resultatet att rädsla och oro för framtiden medförde minskad motivation hos patienterna vilket resulterade i att patienterna inte genomförde egenvården. Patienterna upplevde stress då de kände att framtiden för dem var oklar. Ovissheten medförde att patienterna erfarit depressiva symtom vilket orsakade sämre kost, fysisk aktivitet samt att de inte tog sina mediciner. Depression medförde minskad motivation hos patienterna vilket resulterade i att patienterna erfor att det var meningslöst med genomförandet av egenvård, de kände att det inte skulle förändra sjukdomstillståndet. Ulin et al. (2015) menar att sjuksköterskor ska se individen framför diagnosen vilket leder till att patienters mentala status, egenvården och fysiska symtom förbättras. Enligt Socialstyrelsens SOSFS (2009:6) föreskrifter gällande egenvård ska sjuksköterskor förutom att arbeta hälsofrämjande, även stötta samt motivera patienter till att utföra egenvård.

Resultatet visade att ett lågt självförtroende hos patienterna medförde en sämre egenvård. De tvivlade på sina instinkter om hur de ska hantera olika situationer vid egenvård och den låga självkänslan medförde att egenvården försämrades. Orem (2001) menar att om patienter inte har förmågan eller behovet av att tillgodose god hälsa, livskvalitet och välbefinnande uppstår det en obalans. Sterne et al. (2014) betonar att man som sjuksköterska har ett ständigt ansvar för att få patienter att uppnå hälsa. Därför är det betydelsefullt att lära patienter om egenvård, hur man hanterar motgångar och stress samt utvecklingen av sjukdomsförloppet.

Resultatet visade på att patienternas ekonomi var en betydande faktor till hur det skulle klara av att sköta sin egenvård, en sämre ekonomi var ett hinder för utförandet av egenvården. Hjärtsvikten orsakade perioder där patienterna mår sämre, vilket medförde sjukskrivning och ökat antal sjukhusbesök. Resultat visade på att kostnaden för det redskap och de aktiviteter som krävdes vid utförande av egenvård var höga och krävde en god ekonomi med en hög inkomst. Socialstyrelsens SOSFS (2009:6) föreskrifter gällande egenvård och det påvisade resultatet motsäger varandra. I Egenvårdsföreskrifterna SOSF (2009:6) från Socialstyrelsen framkommer det att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra en individuell bedömning, analysera risker som kan förekomma eller förekommer samt att planera och samråd ska ge med de involverade. Planeringen samt egenvårdsbedömningen ska väl dokumenteras och ställningstagande till bedömningen ska redovisas tydligt, vilket skapar en säker vård (SFS 2008:355, SOSFS 2009:6). I resultatet framkom det att patienterna inte klarade av att utföra egenvård, då deras ekonomi hindrade dem. Resultatet och Socialstyrelsens Egenvårdsföreskrifter SOSFS (2009:6) motsäger varandra då dessa inte

överensstämmer med varandra. En reflektion är att Socialstyrelsens Egenvårdsföreskrifter SOSFS (2009:6) inte följts och därmed har det inte framkommit att patienterna inte klarade av att utföra egenvård på egenhand. En annan reflektion är att artiklarna berör andra länder än Sverige och dessa länders riktlinjer och föreskrifter kan lyda annorlunda till skillnad från Sveriges.

Resultatet visade att fysiska begränsningar hindrade patienterna från att genomföra egenvården optimalt. Symtom som trötthet, andfåddhet eller känslomässigt illamående medförde att patienterna blev beroende samt förlitade sig på andra för att klara av sina egenvårdsaktiviteter. Resultatet kan kopplas till Orems teori om egenvård. Orem (2001) beskriver att egenvårdsbrist uppstår då egenvårdskapaciteten inte är tillräcklig. Patienters förmåga till egenvård räcker inte till för att upprätthålla egenvårdsbehoven. I enlighet med Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2017) ansvarar sjuksköterskor för att skapa förutsättningar för att främja hälsa utifrån patienters behov och möjligheter.

Resultatet visade att rädsla för fysisk aktivitet förekom hos patienterna. De fruktade att hjärtat inte skulle hantera fysisk belastning, vilket medförde att patienter avstod från fysiska aktiviteter. Det kan kopplas till tidigare studier som menar att information från hälso- och sjukvården kan missförstås. Patienter kan misstolka information som de fått från hälso- och sjukvården eller att information som patienter får inte är tillräcklig. Därför är det betydelsefullt att sjuksköterskor informerar patienter så de kan förstå och analysera den (Campbell et al., 2016; Matsuoka et al., 2016; Rasmusson, Flattery & Baas, 2015).

Det framkom i resultatet att patienterna hade erfarenhet om att kostrestriktionerna var en svår egenvårdsaktivitet att utföra. Svårigheten med kosten var att patienterna hade svårt att förhålla sig till vätskeintaget och saltrestriktionerna. Resultatet visade även på att patienterna hade en förkärlek till mat och specifikt etnisk mat. De erfor även att det var bekvämare att inhandla färdiglagad mat istället för att tillaga hemlagad mat. Resultatet och Orems teori om egenvård motsäger varandra. Det eftersom resultatet visade att patienterna hade svårigheter med att följa kostrestriktionerna medan Orems (2001) teori beskriver att patienterna ständigt utför de åtgärder som är nödvändiga för att värna om sina funktioner fysiskt och psykiskt.

6.2 Metoddiskussion

För att få en överblick av det berörda ämnet valdes en litteraturstudie att utföras. Den valda analysmetoden som har används i denna litteraturstudie var Evans beskrivande syntes. En litteraturstudie ger en övergripande bild av tidigare forskning inom det berörda ämnet, för en ökad förståelse (Evans 2002). Metoden anses adekvat då syftet var att undersöka patienters erfarenheter av egenvård vid hjärtsvikt. En empirisk studie hade varit att föredra då det omfattar intervjuer som skulle kunna bidra med ny kunskap. Denna metod valdes bort då det ansågs vara alltför omfattande samt tidskrävande.

En kvalitativ ansats har valts framför en kvantitativ ansats då en kvalitativ ansats innehåller djupare beskrivningar av patienters erfarenheter. Den kvalitativa ansatsen överensstämmer bättre med det valda syftet än vad det kvantitativa gör. Hade en kvantitativ ansats valts hade resultaten troligen inte blivit tillräckligt ingående och därmed ytliga. Examensarbetet skulle kunna utgå från Fribergs beskrivning av litteraturöversikt. Friberg (2017b) beskriver att en litteraturöversikt innebär att likheter och skillnader i artiklarnas syfte, metod och resultat jämförs. I en litteraturöversikt används både kvalitativa och kvantitativa data. Metoden valdes bort för examensarbetet då det kan vara svårt att mäta erfarenheter i siffror och syftet med examensarbetet är att beskriva erfarenheter. En kvalitativ litteraturstudie har valts då en kvalitativ ansats överensstämmer med det valda syftet samt att det passar in med de tidsramar som finns för utförandet av detta examensarbete. Examensarbetet ska vara beskrivande och inte tolkande. Examensarbetet har därför inte påverkats av förutfattade meningar eller den egna förförståelsen, vilket minskar påverkan på analysen för att i sin tur inte påverka resultatet.

Trovärdigheten av examensarbetet kan öka när kvalitetskriterierna innehållande tillförlitlighet, giltighet, och överförbarhet tillämpas. Tillförlitlighet innebär att examensarbetet har till avsikt att resultera i liknande utfall fastän examensarbetet utförts av någon annan med liknande metod (Polit & Beck, 2017). Tillförlitligheten i detta examensarbete är ökad då tillvägagångssättet av datainsamlingen och analysen beskrivs på ett tydligt sätt, så att läsaren av examensarbetet kan följa de steg som utfördes under examensarbetets gång. Det medför att examensarbetet ska kunna upprepas med likvärdigt resultat. För att öka resultatets tillförlitlighet bör flera forskare vara aktiva i studien (Carlsson, 2012). Citat i resultatdelen kan påverka tillförlitligheten i examensarbetet (Chekol, 2012). Resultatet i detta examensarbete har en ökad tillförlitlighet eftersom fler än en författare har varit aktiv samt att citat har använts i resultatdelen. I resultatet redovisas ett flertal citat, varje subtema har minst ett citat kopplat till sig för att styrka innehållet. Citaten behövs på engelska så ingen förvrängning av innehållet kunde ske.

Artiklarna som valdes var ifrån hela världen och dessa var skrivna på det engelska språket. För att minska risken för felaktig översättning av vissa ord i artiklarna som inte förstods, användes ett lexikon till hjälp samt en tredje part med goda språkkunskaper hjälpte till med språkgranskningen vid osäkerhet. Vid översättning från ett annat språk finns det en risk att det blir brister i översättningen som medför att texten förändras. De kan lett till att resultatets giltighet och tillförlitlighet påverkats.

Av de inkluderade artiklarna till resultatet var några artiklar av mixad metod samt hade flera perspektiv. I samtliga artiklar var det tydligt urskiljbart vad som berörde patienter med hjärtsvikt som var kvalitativt och kvantitativt. Enbart de som berörde patienter med hjärtsvikt och hade kvalitativa resultat har använts till redovisningen av resultatet. Artiklarna inkluderades till resultatet då det ansågs att det inte påverkade resultatets giltighet och tillförlitlighet.

Giltigheten i ett examensarbete innefattar att examensarbetet har undersökt det som avsetts undersökas (Polit & Beck, 2017). Genom att resultatet svarar an på de syftet som avses undersökas så stärks giltigheten i examensarbetet. Genom att flertalet av de använda nyckelfynden från olika artiklar beskrevs på samma sätt, skapades ett starkare resultat.

Antalet nyckelfynd stärkte giltigheten då nyckelfynd från olika artiklar beskrevs på samma sätt vilket skapade ett starkare resultat. Artiklarna har kvalitetsgranskats utifrån Friberg (2017a) för att säkerställa att artiklarna svarar på syftet och håller en god kvalitet. Ett flertal artiklar exkluderades då kvaliteten ansågs vara låg, resultatet svarade inte an på examensarbetets syfte och den beskrivande metoden i artikeln visade sig vara en litteraturöversiktsstudie vid granskningen. En artikel inkluderades trots låg kvalitet, anledningen till den låga kvalitén var på grund av artikelns struktur. Anledningen till att artikeln togs med till resultatet trots den låga kvaliteten var för att resultatet överensstämde väl med examensarbetets syfte.

Överförbarheten av examensarbetet menas med i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper och i andra miljöer (Polit & Beck, 2017). Resultatet kan överföras till all hälso- och sjukvårdspersonal som vårdar patienter. Detta då patienter med hjärtsvikt förekommer i många verksamheter där hälso- och sjukvårdspersonal arbetar. Studierna som analyserades i examensarbeten var framtagna från olika verksamheter exempelvis vårdavdelningar, hemsjukvård och mottagningar. Ingen av de beskrivna studierna i de valda artiklarna är utförda i Sverige, vilket kan orsakat att överförbarheten är svagare. Eftersom hälso- och sjukvården är uppbyggd olika i andra länder. Författarna bedömer ändå att styrkan i överförbarheten är att oavsett land och verksamhet så har troligen liknande erfarenheter beskrivits i nyckelfynden.

Databaserna MEDLINE, CINAHL Plus, Pubmed och PsycINFO valdes att användas vid sökningarna av vetenskapliga artiklar då de är databaser som innehåller artiklar med inriktning vårdvetenskap samt omvårdnad. Relevanta sökord kombinerades och boolean phrase sökning användes för att få fram artiklar som besvarade examensarbetets syfte. För att begränsa antalet träffar vid sökresultatet och för att få aktuell forskning skulle artiklarna vara publicerade mellan åren 2011–2018. Genom att två liknande sökningar genomfördes där skillnaden mellan sökningarna var att den ena sökningen använde avgränsning all adult och vuxna över 18 år medan den andra sökningen var utan avgränsningarna. Antalet träffar skiljdes markant åt i sökresultaten. Artiklar som berörde vuxna över 18 år och var funna utan avgränsningen, återfanns inte vid flertal tillfällen i sökningen med avgränsningen. Avgränsningen vuxna över 18 år och all adult medförde att artiklar som berörde vuxna exkluderades trots det borde inkluderats. Då resultaten skiljde sig åt och artiklar exkluderats från sökresultatet med avgränsningen, valdes de att avgränsningen togs bort och istället blev ett inklusionskriterie.

Det uppstod svårigheter med att hitta artiklar där patienters erfarenhet belystes därför utökades årtalet på artiklarna vid sökning från år 2007, det resulterade i att en artikel från år 2008 togs med till resultatet. Den äldre artikeln innehöll lämplig information som medförde ny kunskap som var användbart i examensarbetets resultat, de medförde att beslutet att inkludera artikeln togs. Vid sökning gjordes inga avgränsningar angående vilka länder artiklarna berörde för att få ett bredare perspektiv. Resultatet kan ha påverkats av att ingen artikel ifrån Sverige som svarade an på syftet hittades. Det ekonomiska perspektivet som redovisats i resultatet kan påverkats av artiklarna från USA då de har ett system där patienternas egna försäkringar påverkar deras tillgång till sjukvård samt deras kostnader.

I analysen av vetenskapliga artiklar, plockades relevanta nyckelfynd ut. Samtliga nyckelfynd skrevs ner i ett dokument och tilldelades färger som symboliserade kategorier. Färgmarkeringen underlättade vid skapandet av teman och subteman, eftersom färgerna skapade en tydlig överblick om vad nyckelfynden innebar. Det uppstod svårigheter med skapandet av subteman och dess rubriker; under examensarbetets gång har dessa diskuterats, omformulerats och ändrats. Först framkom tio stycken subteman som slutligen resulterade i åtta stycken subteman. Anledningen till att subteman minskade berodde på att innehållet under vardera subteman liknade varandra. Det sparade dokumentet med alla nyckelfynd har varit till stor nytta samt underlättat genomförandet av examensarbetet. Det har alltid varit enkelt att återgå till nyckelfynden för att verifiera det framkomna resultatet överensstämmer med nyckelfynden, vilket även stärker examensarbetets tillförlitlighet.

Samarbetet mellan författarna fungerade utmärkt i helhet, eftersom författarna kompletterade varandra väl. Examensarbetets genomförande har påverkats av samarbetet, vid enstaka tillfällen har hinder orsakade av personliga skäl förekommit. Det har löst sig genom god kommunikation samt att samarbetet genomförts online.

6.3 Etisk diskussion

Forskning ska vara av god kvalitet och moraliskt acceptabelt (Codex 2018). Examensarbetets data har utgått från tidigare bearbetat material, därför har ingen etisk prövning behövts tillämpas. För att få ett pålitligt resultat i examensarbetet är artiklarna, som använts till resultatet, godkända för publicering i vetenskapliga tidskrifter. I urvalet valdes endast artiklar som var peer-review då de genomgått granskning innan publicering. Pågående under examensarbetet har författarna haft avsikten för att inte försöka påverka arbetet genom egen förförståelse och förutfattade meningar. Tydlig referenshantering enligt APA-Style har använts genomgående i examensarbete. Den tydliga referenshanteringen medförde att läsaren lätt kan spåra tillbaka till primärkällan och på så sätt har plagiering undvikts.

7 SLUTSATS

Examensarbetets syfte var att beskriva patienters erfarenheter av egenvård vid hjärtsvikt. Det har framkommit att patienterna erfarit möjligheter och hinder vid egenvården. Att patienterna får stöd från sin omgivning samt får kunskap om sitt kroniska tillstånd medför ett ökat självförtroende hos patienterna, vilket leder till att motivation och utförandet av egenvården förbättras. De hinder som framkom var att patienterna hade svårt att förstå informationen, motivationen var bristande, det var svårt att hålla sig till de kostrestriktioner som fanns samt att patienterna hade begränsad ekonomi och fysik vilket hindrade dem att utföra egenvården. Möjligheterna och hindren visar på att det går att påverka patienternas

utförande av egenvård, exempelvis med förbättrade förutsättningar för patientutbildningar utifrån individuellt perspektiv.

8 FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING

Det behövs vidare forskning hur anhörigas delaktighet påverkar egenvården, detta för att utveckla egenvården positivt. Något som bör forskas vidare på är sjuksköterskors strategier och hur de använder dessa för att utföra effektiva patientutbildningar vid egenvård. En intressant forskning skulle kunna vara att undersöka samarbetet mellan sjuksköterskor, närstående och patienter samt vilka konsekvenser det leder till vid egenvård.

REFERENSLISTA

* Artiklar med i resultatet

*Abotalebidariasari, G., Memarian, R., Vanaki, Z., & Kazemnejad, A. (2017). Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory. *Journal of Critical Care Nursing*, 1-7. doi: 10.5812/ccn.9150.

Allison, S. (2007). Self- Care requirements for activity and rest: and Orem nursing focus. *Nursing Science Quarterly*, 68-76. doi:10.1177/0894318406296297

American heart Association. (2017). *Classes of heart failure*. Hämtat från http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp den 12 11 2017

*Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., Savarese, M., Lombardi, F., & Bosio, C. (2014). Engage me in taking care of my heart': a grounded theory study on patient– cardiologist relationship in the hospital management of heart failure. *BMJ open*, 1-11. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005582>

Brady, L. (2015). Chronic heart failure and supportive role of the practice nurse. *Practice Nursing*, 500-504. doi:<https://doi.org/10.12968/pnur.2015.26.10.500>

Buck, H., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S., Cosman, T., Kaasalainen, S., & Arthur, H. (2015). Caregivers' contributions to heart failure self-care: a systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. doi:10.1177/1474515113518434

Campbell, D., Tonelli, M., Hemmelgarn, B., Mitchell, C., Tsuyuki, R., Ivers, N., . . . Manns, B. (2016). Assessing outcomes of enhanced chronic disease care through patient education and a value-based formulary study (ACCESS)-study protocol for a 2×2 factorial randomized trial. *Implementation Science*, 1-10. doi:/10.1186/s13012-016-0491-6

Carlsson, G. (2012). Critical incident. i M. Granskär, & B. Höglund-Nilsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (ss. 43-55). Lund: Studentlitteratur.

Casey, G. (2013). Heart Failure. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 20-24.

Chekol, I. (2012). Fenomenografi. i M. Granskär, & B. Höglund-Nilsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 95-107). Lund: Studentlitteratur.

*Dicksson, V. V., Deatricks, J., & Riegel, B. (2008). A typology of heart failure selfcare management in non-elders. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 171-181. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.11.005>

Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D.-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. i H. Almås, D.-G. Stubberud, & Grønseth, *Klinisk omvårdnad* (ss. 217-243). Stockholm: Liber.

- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: Patofysiologi, Omvårdnad och Behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22-26. Hämtat från <http://www.ajan.com.au/vol20/vol20.2-4.pdf> den 29 11 2017
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2017a). Bilaga III granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier. i F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 187-188). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Att göra en litteraturoversikt. i F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 141-152). Lund: Studentlitteratur.
- Glogowska, M., Simmonds, R., McLachan, S., Cramer, H., Sanders, T., Johnson, R., . . . Purdy, S. (2015). Managing Patients With Heart Failure: A Qualitative Study of Multidisciplinary Teams With Specialist Heart Failure Nurses. *Annals of Family Medicine*, 466-471. doi:10.1370/afm.1845
- Gusdal, K. (2017). *Family caregiving for persons with heart failure: Perspectives of family caregivers, persons with heart failure and registered nurses*. Hämtat från <http://mdh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1089451&dswid=-9895> den 03 05 2018
- Harkness, K., Spaling, M., Currie, K., Strachan, P., & Clark, A. (2015). A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 121-135. doi:10.1097/JCN.000000000000118
- *Jowsey, T., Pearce-Brown, C., Douglas, K. A., & Yen, L. (2014). What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in self-management behaviour. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 267-277. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00744.x
- Liljeroos, M., Ågren, S., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2014). Perceived caring needs in patient-partner dyads affected by heart failure: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 2928-2938. doi:10.1111/jocn.12588
- Lindskog, B. (2004). *Medicinsk terminologi* (4:e uppl.). Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- *Lockhart, E., Foreman, J., Mase, R., & Heisler, M. (2014). Heart failure patients' experiences of a selfmanagement peer support program. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 292-298. doi:https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.04.008
- Läkemedelsverket. (1:2006). *Information från Läkemedelsverket*. Hämtat från https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info_fr_LV_2006-1.pdf den 11 9 2017

- Läkemedelsverket. (den 27 03 2017). *Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt*. Hämtat från Läkemedelsverket:
<https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Behandlingsrekommendationerna/Behandlingsrekommendationer-A-O/Behandlingsrekommendationer---listan/Hjartsvikt/> den 04 04 2018
- Matsuoka, S. T.-M., Kayane, T., Yamada, M., Wakabayashi, R., Kato, N., & Yazawa, M. (2016). Health literacy is independently associated with self-care behaviour in patients with heart failure. *Patient Education and Counseling*, 1026-1032. doi:10.1016/j.pec.2016.01.00
- Mårtensson, J. (2012). Vård av patient med hjärtsvikt. i B. Fridlund, D. Malm, & J. Mårtensson, *Kardiologisk omvårdnad* (ss. 79-104). Lund: Studentlitteratur.
- NE. (den 15 04 2018). *Nationalencyklopedin*. Hämtat från
<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/egenv%C3%A5rd>
- Nicholson, C. (2014). Chronic heart failure: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Nursing Older People*, 29-38. Hämtat från
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=2759e212-7b7f-4b63-aafc-35c07332e580%40sessionmgr4008> den 30 11 2017
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6:e uppl.). St. Louis: Mosby cop.
- *Piamjariyakul, U., Smith, C., Werkowitch, M., & Elyachar, A. (2011). Part I: Heart failure home management: Patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives." *Applied Nursing Research*, 239-245. doi:doi.org/10.1016/j.apnr.2011.05.001
- Pihl, E., Cider, Å., Strömberg, A., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2011). Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: Effects on physical capacity and health-related quality in life. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 150-158. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.03.002
- Polit, D., & C.T., B. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence* (10:e uppl.). Philadelphia: Wolters kluwer.
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. F., Coats, A. S., . . . Van der Meer, P. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 2129-2200. doi:https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128
- Rasmusson, K., Flattery, M., & Baas, L. (2015). American Association of Heart Failure Nurses Position Paper on Educating Patients with Heart Failure. *Heart & Lung*, 173-177. doi:https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.01.001
- *Riley, J., Gabe, J., & Cowie, M. (2012). Does telemonitoring in heart failure empower patients to self-care? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*.

- Segesten, K. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund av analys i kvalitativ forskning. i F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 119-128). Lund: Studentlitteratur.
- *Sethares, K. A., & Asselin, M. E. (2017). The effect of guided reflection on heart failure self-care maintenance and management: A mixed methods study. *Heart & lung : the journal of critical care*, 192-198. doi:10.1016/j.hrtlng.2017.03.002
- *Seto, E., Leonard, K. J., Cafazzo, J. A., Masino, C., Barnsley, J., & Ross, H. J. (2011). Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *The journal of cardiovascular nursing.*, 377-385. doi:10.1097/JCN.0b013e31820612b8.
- SFS. (2008:355). *Patientdatalagen*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355 den 21 11 2017
- SFS. (2014:821). *Patientlag*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821 den 28 04 2018
- SFS. (2017:30). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763 den 22 11 2017
- Socialstyrelsen. (u.d.). Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/organ-ochvavnadsdonation/donationsutredning/narstaendebegreppet/Sidor/default.aspx#> den 15 05 2018
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19925/2015-10-4.pdf> den 12 05 2018
- SOSFS. (2000:1). *Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1> den 23 11 2017
- SOSFS. (2005:27). *Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27> den 26 11 2017
- SOSFS. (2008:1). *Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-1> den 24 11 2017
- SOSFS. (2009:6). *Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf> den 22 11 2017
- SSF. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtat från Svensk sjuksköterskeförening: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk->

sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/etik-
publikationer/sjuuskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

- SSF. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuusköterska*. Hämtat från Swenurse:
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjuuskoterska-2017-for-webb.pdf>
den 04 09 2018
- Sterne, P. P., Grossman, S., Migliardi, J. S., & Swallow, A. D. (2014). Nurses' Knowledge of Heart Failure: Implications for Decreasing 30-Day Re-Admission Rates. *MEDSURG Nursing*, 321-329. Hämtat den 16 11 2017
- Strömberg, A. (2005). *Vård vid hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur.
- Stålhammar, J., Stern, L., Linder, Sherman, S., Parikh, R., Ariely, R., & Wikström, G. (2012). Resource utilization and cost of heart failure associated with reduced ejection fraction in Swedish patients. *Journal of Medical Economics*, 938-946. doi:10.3111/13696998.2012.686464
- Swedberg, K., Cleland, J., Dargie, H., Drexler, H., Follath, F., & Komadja, M. (2005). Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 1115-1140. doi:<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi204>
- Tingström, P. (2012). Informations- och utbildningsstöd vid rehabilitering av patienter med hjärt-och kärlsjukdom. i B. Fridlund, D. Malm, & J. Mårtensson, *Kardiologisk omvårdnad* (ss. 371-389). Lund: Studentlitteratur.
- Ulin, K., Malm, D., & Nygårdh, A. (2015). What is known about the benefits of patientcentered - Centered Care in Patients with Heart Failure. *Curr Heart Fail Rep*, 350-359. doi:DOI 10.1007/s11897-015-0272-6
- Van der Wal, M., Jaarsma, T., & van Veldhuisen, D. J. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *The European Journal of Heart failure*, 5-17. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2004.04.007>
- Vetenskapsrådet. (den 30 11 2017). *GOD FORSKNINGSSSED*. Hämtat från [file:///C:/Users/amand/Downloads/God-forskningsssed-2017%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/amand/Downloads/God-forskningsssed-2017%20(1).pdf)
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies*. Hämtat från WHO: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf den 15 05 2018
- *Woda, A., Belknap, R., Haglund, K., Sebern, M., & Lawrence, A. (2015). Factors influencing self-care behaviors of African americans with heart failure: A photovoice. *Heart and lung: the journal of critical care*. doi:10.1016/j.hrtlng.2014.09.001

- Wyer, P., Stojanovic, Z., Shaffer, J. A., Placencia, M., Klink, K., Fosina, M. J., . . . Graham, I. D. (2016). Combining training in knowledge translation with quality improvement reduced 30-day heart failure readmissions in a community hospital: a case study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 171-179. doi:10.1111/jep.12450
- *Yu, D.-S., & Li, P.-W. (2016). Self-care among older Chinese people with chronic heart failure: the roles of cognitive and psychosocial characteristics. *Journal of geriatric cardiology*, 431-434. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2016.05.008
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. i F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

BILIAGA A SÖKMATRIS

Databas	Sökord	Antal träffar Datum	Datum	Avgränsningar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till kvalitetsgranskning, se Bilaga B.	Antal valda artiklar se Bilaga C.
CINAHL Plus	Self-care AND experience AND heart failure	82	3/4-18	Peer reviewed, English language, abstract available, Boolean/Phrase, 2011-2017.	18	10	<p>The effect of guided reflection on heart failure self-care maintenance and management: A mixed methods study</p> <p>Part I: Heart failure home management: Patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives</p> <p>Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study</p> <p>Living with and dying from advanced heart failure: Understanding the needs of older Heart failure patients' experiences of a selfmanagement peer support program.</p>	<p>The effect of guided reflection on heart failure self-care maintenance and management: A mixed methods study</p> <p>Part I: Heart failure home management: Patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives</p> <p>Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study</p> <p>Heart failure patients' experiences of a selfmanagement peer support program.</p>

							What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in self-management behavior.	What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in self-management behavior
CINAHL Plus	Self-care AND heart failure AND qualitativ	69	3/4-18	Peer reviewed, English language, abstract available, 2011-2017, Boolean/Phrase,	12	5	Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory	Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory
PubMed	Heart failure patient AND attitudes AND self-care management	89	3/4-18	Abstract available, free full text, 5 2011-2018.	15	4	Engage me in taking care of my heart': a grounded theory study on patient– cardiologist relationship in the hospital management of heart failure	Engage me in taking care of my heart': a grounded theory study on patient– cardiologist relationship in the hospital management of heart failure
PubMed	Self-care life experience heart failure	64	3/4-18	2011-2018, Full available, English	8	3	Self-care among older Chinese people with chronic heart failure: the roles of cognitive and psychosocial characteristics	Self-care among older Chinese people with chronic heart failure: the roles of cognitive and
MEDLINE	Heart failure and self care and barriers	29	3/4-18	Abstract available, English, peer reviewed, 2011-2018, all adult, boolean	7	2	Factors influencing self-care behaviors of African americans with heart failure: A photovoice	Factors influencing self-care behaviors of African americans with heart failure: A photovoice
CINAHL Plus	Heart failure and self care and attitudes	64	3/4-18	English, peer reviewed, 2007-	9	3	A typology of heart failure selfcare management in non-elders	A typology of heart failure selfcare management in non-elders

				2015, all adult, boolean			Heart failure patients' attitudes, beliefs, expectations and experiences of self-management strategies: A qualitative synthesis	
CINAHL Plus	Heart failure and self care and quality of life	69	3/4-18	Abstract available, English, peer reviewed, 2011-2016, all adult, boolean	17	4	Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic	Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic
Pubmed	heart failure and self care and theory of self care	26	3/4-18	Abstract available, 5 years, all adult, English.	5	2	The effect of guided reflection on heart failure self-care maintenance and management: A mixed methods study	

BILAGA B KVALITETSGRANSKNINGSTABELL

Artikelnummer	Är ett tydligt problem formulerat?	Finns det ett tydligt beskrivet syfte?	Är metoden tydligt beskriven?	Beskrivs datainsamling/ dataanalys.	Svarar resultatet på examensarbets syfte?	Redovisas resultatet på ett tydligt sätt?	Finns det en metoddiskussion?	Finns det en diskussion kring resultatet?	Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ ställningstagande på ett tydligt sätt?
1	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA
2	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA
3	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA
4	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA
5	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
6	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
7	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
8	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA
9	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA
10	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
11	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	JA

BILAGA C ARTIKELMATRIS

Författare	Titel	Artikelnummer, år, land, tidskrift,	Syfte	Metod	Resultat
Abotalebidiariasari G, Memarian R, Vanaki Z, Kazemnejad A	Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory	Artikelnummer: 1 År: 2017 Land: Iran Tidskrift: Journal of Critical Care Nursing	Att undersöka egenvårdens aktivitet och motivation.	Kvalitativ Tjugofyra patienter och tre närstående som rekryterades från ett medicin- och forskningscenter Djupgående intervjuer innehållsanalys	Patienters erfarenhet av egenvård relaterad till försvårade symtom. Förståelsen av vikten för att kunna utföra egenvård.
Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., Savarese, M., Lombardi, F., & Bosio, C.	Engage me in taking care of my heart': a grounded theory study on patient–cardiologist relationship in the hospital management of heart failure	Artikelnummer: 2 År: 2015 Land: Italien Tidskrift: BMJ open	Identifiera drag av patientengagemang hos patienter med hjärtsvikt.	Kvalitativ Grundad teori. 13 stycken informanter.	De flesta patienterna förnekade symtomen vid diagnostiseringen samtidigt erfor de att i de vardagliga aktiviteterna skedde det en förändring. När patienterna kommit till en acceptans av sjukdomen såg de diagnosen som en varningssignal där lärde sig att se risker.

<p>Dickson, VV., Deatrick, J., & Riegel, B.</p>	<p>A typology of heart failure selfcare management in non-elders</p>	<p>Artikelnummer: 3 År: 2008 Land: USA Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p>	<p>Att undersöka bidragandet av attityder, egen inverkan och kunskapen av egenvård av hjärtsvikt</p>	<p>Mixad metod 30 deltagare Kvalitativa delen studien bestod av semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Patienterna lärde sig att känna igen sina symtom. Det lärde sig också att koppla symtom till egenvårdsåtgärder, det ledde till att egenvården blev mer effektiv. Det skapade ett självförtroende för patienterna. Det visade även att vissa situationer var en utmaning exempel att ta vätskedrivande läkemedel utanför hemmet och arbetsdagar.</p>
<p>Jowsey, T., Pearce-Brown, C., Douglas, K. A. & Yen, L.</p>	<p>What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in self-management behaviour.</p>	<p>Artikelnummer: 4 År: 2014 Land: Australien Tidskrift: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy</p>	<p>Syftet var att beskriva motivationen för eller emot egenvård i olika grupper med äldre australiensare med diabetes, hjärtsvikt eller kronisk obstruktiv lungsjukdom, samt att föreslå riktlinjer för att öka patientens motivation till egenvård.</p>	<p>Kvalitativ 52 vuxna med typ 2 diabetes, hjärtsvikt eller KOL. Med en eller flera av de utvalda kroniska sjukdomarna Semistrukturerade intervjuer Innehållsanalys</p>	<p>Familjen motiverade till egenvård. Positivt- när familjen uppmuntrade Negativt- när de försökte bestämma över dem. Rädsla och oro gav både positiva och negativa effekter på motivationen. Att de erfpr att de inte kunde påverka sin hälsa gav en negativ effekt. Motivation till egenvård var även önskan att optimera och ha kontroll över sin hälsa samt att vara oberoende.</p>

<p>Lockhart, E., Foreman, J., Mase, R., & Heisler, M.</p>	<p>Heart failure patients' experiences of a selfmanagement peer support program.</p>	<p>Artikelnummer: 5 År: 2014 Land: USA Tidskrift: Heart & Lung: The Journal of Critical Care</p>	<p>Hur patienter med hjärtsvikt erfor egenvård i självhanteringsprogram med kamratstöd.</p>	<p>Kvalitativ deltagande Semistrukturerade intervjuer Tekniker från grounded theory användes för att analysera data.</p>	<p>Specifikt socialt stöd vid hjärtsvikt ansågs vara av stor vikt. Teman som framkom var att dela information, jämföra sig med andra, depression, anhörigas uppdrag och minskat funktionellt hälsotillstånd.</p>
<p>Piamjariyakul, U. Smith, C. Werkowitch, M. Elyachar, A.</p>	<p>Part I: Heart failure home management: Patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives."</p>	<p>Artikelnummer: 6 År 2012 Land: USA tidskrift: Applied Nursing Research</p>	<p>Syftet var att uppmärksamma patienter, vårdpersonal samt vårdgivares perspektiv på hur hjärtsviktpatienter lämpligast förbereds för egenvård.</p>	<p>Kvalitativ. Intervjuer i fokusgrupper. 30 stycken informanter. Innehållsanalys</p>	<p>Viktiga faktorer för att egenvården vid hjärtsvikt ska fungera är att patienten får fortsatt information och lärande av diagnosen samt hantering av egenvård. Patienterna menar på att ha anhöriga som är delaktiga och att acceptera sjukdomen gör vardagen lättare.</p>

<p>Riley, J. P. Gabe, J. PN. Cowie, M.R.</p>	<p>Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study</p>	<p>Artikelnummer: 7 År: 2012 Land: England Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Att utforska patienter med hjärtsvikt möjlighet till egenvård med fjärrövervakning och dess omfattning</p>	<p>Kvalitativ Femton deltagare vid första intervjun och tio stycken vid andra intervjun Djupgående intervjuer</p>	<p>Fjärrövervakningen ökade och utvecklade patienternas förmåga att utföra egenvård. Patienterna lärde sig hur symtomen kunde kopplas till övervakningen och vilken egenvårdsbehandling de skulle använda.</p>
<p>Sethares, K. A., Asselin, M. E.</p>	<p>The effect of guided reflection on heart failure self-care maintenance and management: A mixed methods study</p>	<p>Artikelnummer: 8 År: 2017 Land: USA Tidskrift: Heart & Lung The Journal of Acute and Critical care</p>	<p>Syftet var att utvärdera effekten av strukturerad, guidad reflektion på patient beskrivande egenvårds åtgärder.</p>	<p>Mixad metod 23 deltagare Kvalitativa delen av studien bestod av intervjuer och dagboksskrivande.</p>	<p>Stöd från familjen erfor som positivt och bidrog till att patienterna blev mer medvetna om riskfaktorer och ökade följsamheten för egenvård. Att reflektera tillsammans med sjuksköterskor så bidrog det till ökad förståelse om symtom och orsak. Ökad kunskap om sjukdom och symtom är aspekter som bidrog till ökad förståelse samt känsla av att klara av att hantera sin diagnos. Dock kunde patienter som var väldigt aktiva i sin egenvård experimentera med egna åtgärder för att lindra symtom så pass att det blev en fördröjning innan de uppsökte sjukvård.</p>

Seto, E., Leonard, K. J., Cafazzo, J. A., Masino, C., Barnsley, J., & Ross, H. J.	Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic	Artikelnummer: 9 År: 2011 Land: Kanada Tidskrift: The journal of cardiovascular nursing.	Syftet är att undersöka patientens egenvård och livskvalitet. Samt utforska förhållandet eller sambandet mellan egenvård och livskvalitet.	Mixad metod. 94 deltagare Kvalitativa delen av studien bestod av semistrukturerade intervjuer.	De hinder som hittades för egenvård inkluderade brist på utbildning inom egenvård, utbildning, ekonomisk begränsning, bristande erfarenheter av nyttan med egenvård och låg självkänsla. De fann ett samband mellan att hög livskvalitet och högre tro på sin förmåga att utöva egenvård.
Woda, A., Belknap, RA., Haglund, K., Sebern, M., & Lawrence, A.	Factors influencing self-care behaviors of African americans with heart failure: A photovoice	Artikelnummer: 10 År: 2015 Land: USA Tidskrift: Heart and lung: the journal of acute and critical care	Förstå påverkan på hjärtsviktsegenvård hos afrikanska amerikaner med låg inkomst	Kvalitativ (Photovoice) 10 stycken informanter. Data analyserades med hjälp av the photo voice method.	Det hittades viktiga faktorer som påverkade personernas egenvård. Det var både positiva och negativa positivt: - Stöd och engagemang från familjemedlemmar -Socialt umgänge, att göra roliga eller trevliga saker med vänner gjorde en del glada och avslappnade. Motverkade att bli nedstämd. Negativt: -Depression /nedstämdhet, ledde till försämrade egenvård, eftersom följsamheten till medicin, kost och daglig fysisk aktivitet minskade.

Yu, D-SF., & Li, P-WC	Self-care among older Chinese people with chronic heart failure: the roles of cognitive and psychosocial characteristics	Artikelnummer: 11 År: 2016 Land: Kina Tidskrift: Journal of Geriatric Cardiology	Syftet med studien var att undersöka hur psykosociala faktorer och kognitiv påverkan påverkar egenvården hos hjärtsviktspatienter.	Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer. 30 stycken informanter. Innehållsanalys.	Egenvården formas av ett sammansatt samspel mellan kognitiva och psykosociala egenskaper. Tre huvudkategorier fanns, den första var kognitiva egenskaper, den andra var psykisk påverkan, påverkan från social miljö
-----------------------	--	---	--	--	--



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se