



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

UPPLEVELSER AV EGENVÅRD VID HJÄRTSVIKT

EN LITTERATURSTUDIE OM HUR INDIVIDER
MED HJÄRTSVIKT UPPLEVER SIN EGENVÅRD

MAHDI ILANI
ZOHRA SANGIN

UPPLEVELSER AV EGENVÅRD VID HJÄRTSVIKT

EN LITTERATURSTUDIE OM HUR INDIVIDER MED HJÄRTSVIKT UPPLEVER SIN EGENVÅRD

MAHDI ILANI
ZOHRA SANGIN

Ilani, M & Sangin, Z. Upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt. En litteraturstudie om hur individer med hjärtsvikt upplever sin egenvård. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2017.

Bakgrund: Diagnosen hjärtsvikt framkallar en känsla av hopplöshet och tumult hos den enskilda individen. Det är sjukvårdens ansvar att fånga upp individen samt ge hen en känsla av hopp och motivation till egenvård av hjärtsvikt och till hälsa. Egenvård av hjärtsvikt har en stor betydelse i omvårdnadsarbetet och påverkan på livskvalitet hos individer. Men enligt studier framkommer det att individers upplevelse av egenvården är viktigt att belysa för att kunna nå ut med lämpliga omvårdnadsåtgärder och omvårdnads kunskap till individen. *Syfte:* Att belysa hur individer upplever egenvården vid hjärtsvikt. *Metod:* En kvalitativ litteraturstudie baserad på 10 vetenskapliga artiklar. Databassökningen genomfördes i PubMed och CINAHL. De vetenskapliga artiklarna kvalitetsgranskades enligt en modifierad modell av SBU:s granskningsmall. Forskningsdatan sammanställdes enligt innehållsanalysen som redovisades av Forsberg och Wengström. *Resultat:* Det framkom i studierna att individer upplevde sig ha bristande kunskaper om innebörden av egenvård. Individerna upplevde att rädslan för diagnosen hjärtsvikt inte diskuterades av sjukvårdspersonalen och gav därmed en påverkan på följsamheten av egenvården. *Slutsats:* Resultatet av litteraturstudien kom fram till att bristande kunskaper gällande att arbeta personcentrerat inom hälso-och sjukvården existerade och har därmed en negativ konsekvens för individens omvårdnadsbehov. Genom att arbeta mer personcentrerat kan sjuksköterskor hjälpa individer med hjärtsvikt till att uppnå förståelse, kunskap, livskvalitet och motivation i egenvårdsarbetet.

Nyckelord: egenvård, följsamhet, hjärtsvikt, motivation, Riegels modell, upplevelser

EXPERIENCES OF SELF MANAGEMENT OF HEART FAILURE

A LITERATURE REVIEW OF HOW INDIVIDUALS WITH HEART FAILURE EXPERIENCE SELF-MANAGEMENT

**MAHDI ILANI
ZOHRA SANGIN**

Ilani, M & Sangin, Z. Experiences of self-management of heart failure. A literature review of how individuals with heart failure experience self-management. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University. Faculty of Health and Society, department of Care Science, 2017.

Background: Receiving the diagnosis of heart failure causes a sense of hopelessness and tumultuousness in the individual. It is the responsibility of healthcare workers to seize the individual and give them a sense of hope and motivation for self-care of heart failure and health. Self-care of heart failure has a significant role in the care and influence on the quality of life of the individuals. Recent studies show that the individuals' experiences of self-care is important to enlighten to be able to reach appropriate care actions and knowledge.

Aim: To illustrate how individuals experience self-management of heart failure.

Method: A qualitative literature review based on 10 scientific articles. Database search was carried out in PubMed and CINAHL. The scientific articles were quality-reviewed according to a modified model of the SBU:S review template. Research data was compiled according to the content analysis as reported by Forsberg and Wengström. *Results:* It was found in the scientific studies that patients experience insufficient knowledge of the meaning of self-care.

Individuals perceive that their anxiety for the diagnosis of heart failure is not taken into account by the medical care thus affect the compliance of self-care.

Conclusion: The study showed that lack of knowledge about working person-centered in health-care exists and thus has a negative impact on the individuals nursing needs. By working more person-centered nurses can help individuals with heart failure to achieve understanding, knowledge, quality of life, as well as motivation in self-management of heart failure.

Key words: compassion, experiences, heart failure, motivation, Riegel's model, self-care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Vad är hjärtsvikt	1
Etiologi	2
Symtombild	2
Diagnostisering	2
Medicinsk och kirurgisk behandling av hjärtsvikt	2
VAD INNEBÄR EGENVÅRD?	3
Egenvård vid hjärtsvikt	3
PERSONCENTRERAD VÅRD	4
SJUKSKÖTERS KANS ROLL	5
RIEGELS MODELL AV EGENVÅRDSPROCESSEN	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
Inklusions- och Exklusionskriterier	6
Litteratursökning	7
Manuell sökning	8
Urvalsprocessen	8
Kvalitetsgranskning	8
Analys	10
RESULTAT	10
Upplevelsen av psykiska faktorer relaterat till egenvård	11
Upplevelse av hälsa/ohälsa vid hjärtsvikt	11
Rädsla	12
Psykisk stress	12
Individens självbild	12
Motivation	12
Upplevelsen av fysiska faktorer relaterat till egenvård	13
Upplevelse av symtom	13
Påverkan av fysiska begränsningar på hälsan	13
Upplevelsen av compliance faktorer kring egenvård	13
Sjukvårdens påverkan på egenvård	14
Delaktighet i egenvård	14
Medicinering	14
Nutrition	15
Omgivningens påverkan på egenvården	15
Sociala upplevelsens påverkan på egenvården	15
DISKUSSION	16

Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	19
KONKLUSION	22
FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	23
REFERENSER	24
BILAGOR	
BILAGA 1	27
BILAGA 2	28
BILAGA 3	29
BILAGA 4	30
BILAGA 5	31
BILAGA 6	33

INLEDNING

Enligt Socialstyrelsen (2015) drabbas ca 2 % av Sveriges befolkning av hjärtsvikt. Risken att drabbas av hjärtsvikt ökar med 10 % hos äldre över 80 år. De svenska samhällskostnaderna är mer än en miljard kronor årligen för inskrivning av patienter med hjärtsvikt inom somatisk vård (a.a.). Hjärtsvikt är en av de vanligaste förekommande folksjukdomar idag. En patientgrupp som sjuksköterskor inom sitt dagliga arbete regelbundet har kontakt med. Därmed ökar vikten av att kunna tillgodose patientgruppen med information om sin sjukdom, symtom, riskfaktorer, behandling och egenvård för att kunna förhindra akuta situationer (Eikeland 2011). För att individer med hjärtsvikt ska kunna ändra sina levnadsvanor behöver de information och undervisning om hjärtsvikt. På så sätt blir individen delaktig i egenvårdsarbetet. All personal inom hälso- och sjukvård bör erbjuda patientundervisning och syftet är att förebygga och eliminera risker för sjukdomen (Fridlund 1998). Författarna till uppsatsen insåg vikten av egenvård vid hjärtsvikt under VFU på en somatisk avdelning. Alla individer med hjärtsvikt har ett egenvårdsansvar och en egen personlig upplevelse av egenvården. Med detta syfte vill författarna få fram ett patientperspektiv av egenvård vid hjärtsvikt. Med denna litteraturstudie söker författarna efter kunskap som kommer att underlätta framtida omvårdnadsarbete gällande egenvård vid hjärtsvikt.

BAKGRUND

Vad är hjärtsvikt?

Hjärtat har en central roll när det kommer till blodcirkulationen i kroppen. Storleken på ett hjärta är nästintill lite större än en knytnäve och består utav fyra hålrum, två förmak och två kamrar. Hjärtat pumpar ut blodet via två kretslopp. Den första heter lilla kretsloppet (lungcirkulationen) och den andra heter stora kretsloppet (systemcirkulationen). Det syrefattiga blodet rinner in i hjärtat från stora kretsloppet och förs in i höger förmak. Därefter passerar blodet genom tricuspidalisklaffen till höger kammare. Via höger kammare förs det syrefattiga blodet ut genom pulmonalisklaffen in till lungorna för att syresättas samt avge koldioxid. Det syrerika blodet återvänder från lungorna in till vänster förmak, därefter rinner de genom mitralisklaffen intill vänster kammare. Kraften i muskelväggarna pumpar syrerikt blod ut genom aortaklaffen till aortan och därefter ut till kroppen (Butler 2012).

Definitionen av hjärtsvikt är oförmåga för hjärtat att pumpa tillräckligt mängd blod ut till kroppen. Hjärtats pumpförmåga försämras. Det totala blodflödet minskar i kroppen. Hjärtsvikt kännetecknas av kammardysfunktion, som kan delas in i systolisk dysfunktion och diastolisk dysfunktion. Systolisk dysfunktion innebär nedsatt tömningsförmåga i vänster kammare. Hjärtat kan inte försörja kroppens vävnader med tillräckligt mängd blod på grund av nedsatt slagvolym

och minutvolym. Diastolisk dysfunktion innebär nedsatt funktion i kamrarnas påfyllnadsfas (While & Kiek 2009).

Etiologi

Den främsta orsaken till hjärtsvikt beror på ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni, vilket står tillsammans för 80 % av fallen vid hjärtsvikt. Men hjärtsvikt kan även bero på klaffsjukdomar, hjärtarytmier, diabetes, infektioner, thyroideasjukdom och anemi. Livsstilsfaktorer har en verkan på uppkomsten av hjärtsvikt på grund av hög konsumtion av alkohol, rökning, fetma och ohälsosam kost (Strömberg 2005).

Symtombild

Symtomförloppet sker smygande. Kardinalsymtom yttras i form av andfåddhet vid ansträngning, trötthet och ödem. Andra symtom är även ortopné och viktuppgång på grund av vätskeansamling i kroppen (Butler 2012). De kliniska symtomen är snabb puls och samling av vätska i lungor samt ödem i ben och buk (Wikström 2014).

Hjärtsvikt klassificeras i 4 kategorier beroende på allvarlighetsgraden. De 4 kategorier klassificeras med New York Heart Association (NYHA) Functional Classification. Klassificeringen av patienter sker efter graden av symtom vid vila och arbete (Socialstyrelsen 2017).

Tabell 1. New York Heart Association (NYHA) klassificering av hjärtsvikt. (American Heart Association, 2017).

KLASS	Patientens symtom
1	Ingen begränsning av fysisk aktivitet. Vanlig fysisk aktivitet orsakar inte onormal trötthet, hjärtklappning och dyspné (andnöd).
2	Svag begränsning av fysisk aktivitet. Bekvämt vid vila. Men lätt fysisk aktivitet leder till trötthet, hjärtklappning och dyspné (andnöd).
3	Begränsning av fysisk aktivitet. Bekvämt vid vila. Vanlig aktivitet orsakar trötthet, hjärtklappning och dyspné.
4	Det går inte att bedriva någon fysisk aktivitet utan obehag. Symtom på hjärtsvikt vid vila. Om någon fysisk aktivitet genomförs, ökar obehaget.

Diagnostisering

Vid diagnostisering ska en detaljerad anamnes tas och en klinisk undersökning ska göras. Auskultation av hjärta och lungor, hjärtfrekvens, andningsfrekvens, syremättnad, Elektrokardiografi (EKG), viktkontroll och kontrollering av ödem i underbenen ingår i undersökningen. Bestämning av hjärtpeptider (BNP) görs vilket är ett blodprov som visar ökad belastning på hjärtat. Ultraljudsundersökning görs även i kombination med en dopplerundersökning (Butler 2012).

Medicinskt och kirurgisk behandling av hjärtsvikt

Hjärtsviktsbehandling har tre tillvägagångssätt. Den medicinska behandlingen, den kirurgiska behandlingen och egenvård. Den medicinska behandlingen omfattar läkemedelsbehandling i form av angiotensinkonvertashämmare (ACE-hämmare), angiotensin-2-receptorblockerare (ARB), betareceptorblockerare,

diuretika, aldosteronantagonister, nitroglycerin och antikoagulantia (Butler 2012).

När läkemedelsbehandlingen inte ger önskvärt resultat samt klassificeringen av hjärtsvikt är hög enligt NYHA- skalan anses kirurgisk behandling som en åtgärd (Wikström 2014). Pacemaker blir aktuellt för individer med måttlig till svår hjärtsvikt. PCI är en behandlingsmetod vilket går ut på ballongvidgning av kranskärl på grund av ischemi. Vilket innebär att en liten ballong förs in i kranskärlen och blåses upp för att vidga kärlet. Behandlingen kompletteras med en stent (ett litet metallnät) för att undvika igenläggning av kärlet. Koronar bypasskirurgi är en form av kranskärlskirurgi som också behandlar ischemi och övervägs ifall orsaken till hjärtsvikt beror på kranskärlssjukdomar. Slutligen genomförs en hjärttransplantation vid svår hjärtsvikt om medicinsk behandling, egenvård eller kirurgisk behandling inte är effektivt (a.a.)

VAD INNEBÄR EGENVÅRD?

Definitionen av egenvård av Socialstyrelsens föreskrifter (2013) innebär att en legitimerad yrkesutövare inom hälso-och sjukvården har bedömt att en individ kan utföra hälso-och sjukvårdsåtgärder själv eller med hjälp av assistans. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska varje enskild individs bedömning för egenvård ske individuellt, risker med egenvården analyseras och planeras i samråd med individen. Om individer har svårigheter med att utföra egenvården individuellt har hen rätt till hjälp. Socialstyrelsens föreskrifter av egenvård beskriver vilka åtgärder som ingår ifall individen får beviljad assistans (a.a.). Enligt Socialstyrelsen (2013) ska en planering ske i samråd med individen kring egenvården. Åtgärder av egenvård ska presenteras, information ska ges till individen, vem som ska utföra egenvården, är det individen själv eller med hjälp av assistans? Individen ska även informeras om vem som ska kontaktas ifall individens förutsättningar skulle förändras som vid symtomförsämring. Omprövning av egenvården ska ske kontinuerligt för att kunna tillgodose individen med hjälp av egenvård ifall mer assistans skulle behövas eller avvecklas (a.a.).

Egenvård vid hjärtsvikt

Egenvård spelar en väsentlig roll vid behandlingen av hjärtsvikt. Vid hjärtsvikt krävs engagemang och motivation från individens sida. Alltså ska individen ha en god fysisk och psykisk styrka till att kunna genomföra omvårdnadsåtgärder för att bevara sin fysiska hälsa (Strömberg 2005). Genom patientutbildning får individen kunskap om vad hjärtsvikt är och anpassa livet efter sjukdomen. Individen upplyses även om symtom och vilka egenvårdsåtgärder som ska vidtas (Jurgens m.fl. 2009). Enligt Strömberg (2005) innebär egenvårdsåtgärder att individen självmant tar initiativ till att genomföra egenvård för att bevara liv, hälsa och välbefinnande. Asklin m.fl. (2002) beskriver omvårdnadsåtgärder som individer med hjärtsvikt genomför i sin egenvård. Dessa innebär vätske-, salt- restriktioner, ödemmätning, nutritionsstatus, kontinuerlig kontroll av vikt, blodtryck, fysisk

aktivitet och mindfulnessövningar. Vätskerestriktion på 1,5 L/dag ska föras i en vätskelista. Individen ska informeras om salt-restriktion samt saltfattigkost ska införas. Nutritionen ska bytas ut mot ett hälsosammare alternativ och undvikande av söta drycker och mineralvatten ska göras. Genom kontroll av vätskeintaget medförs kontroll av ödem storleken. Nutritionen ska ses över och bytas ut mot ett hälsosammare alternativ. Vid sämre aptit ska näringsdrycker införas. Genom aktivt användande av kompressionsstrumpor och högläge av benen förebyggs ödem. Rök- snusstopp och intag av läkemedel ska ske på individens egna initiativ. Kontinuerlig kontroll av vikten ska noteras (a.a.).

Individen ska erbjudas individuellt anpassat träningsprogram utformat tillsammans med en sjukgymnast (Wikström 2014). För att minska oro, ångest och andnöd kan mindfulness övningar göras vilket även leder till bättre sömn (Asklin m.fl. 2002). För att kunna genomföra god egenvård krävs det att individen självmant och på eget initiativ aktivt genomför egenvården (Strömberg 2005). Med en grundläggande patientutbildning av egenvården samt aktiv egenvård av hjärtsvikt kan individen motverka försämring av hjärtsvikten men även tidigt upptäcka symtom. Individen ska ha kunskap om förändringar i sina symtom samt när sjukvården ska kontaktas vid symtomförsämring (Asklin m.fl. 2002).

PERSONCENTRERAD VÅRD

Personcentrerad vård innebär att vårdgivaren skapar en helhetsbild av individen. Individens andliga, existentiella, sociala och psykiska behov belyses i omvårdnadssamtalen och inte endast individens fysiska behov. Individen står i centrum för omvårdnaden. I egenvårdssamtalen ska individen uppleva sig respekterad och bekräftad om sin ohälsa och sjukdom. Vårdgivaren ska ta hänsyn till vad hälsa innebär för varje individ och därefter främja hälsan. Personcentrerad vård grundar sig på uppfattningen om att alla individer kan råka ut för en sjukdom. Men en individ blir inte sin sjukdom eller sina symtom, utan en sjuksköterska ska kunna se människan bortom sjukdomen (Leksell & Lepp 2013). Begreppsmässigt skiljer det sig mellan personcentrerad vård och patientcentrerad vård. Patientcentrerad vård innebär att fokus ligger på själva sjukdomen och behandlingar som ingår. Medan innebörden av personcentrerad vård handlar även om patientens sociala sammanhang, liv, resurser dvs. allting runtomkring en individ (a.a.). Enligt en litteraturgranskning genomförd av Ulin m.fl. (2015) visade att personcentrerad vård vid hjärtsvikt är det väsentliga inom omvårdnaden. Studien har kommit fram till att genom att se individen bortom sjukdomen visades en förbättring inom egenvården, fysiska symtom, mentala status, reduktion av hälsokostnader och förståelse samt insikt i hjärtsvikt hos individer (a.a.).

SJUJSKÖTERSANS ROLL

Sjuksköterskans ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen är att arbeta evidensbaserat och med beprövad erfarenhet. Omtanke, respekt och stöd ska visas av sjuksköterskan till individen under omvårdnaden. Sjuksköterskan ska visa förståelse för individens situation och skapa tillit mellan vårdgivare och vårdtagare. Individen ska ges information och kunskap om sin omvårdnadssituation av sjuksköterskan på individanpassande nivå (Hälso och Sjukvårdslagen, 1982; 763). Sjuksköterskan ska sträva efter att synliggöra hela individen och individanpassa omvårdnaden. Individen ska ses som en egen unik individ och bli sedd som en egen person bakom sjukdomen. Risker för onödigt lidande ska minimeras och hälsa ska främjas hos individen. Goda kunskaper gällande samtals teknik ska finnas hos sjuksköterskan för att kunna främja följsamheten av egenvård, uppfylla individens omvårdnadsbehov och skapa tillit. Stöd, kunskap och omtanke ska även ges till familjen runtomkring individen för att lindra deras oro och främja omvårdnadsprocessen (Leksell & Lepp 2013).

RIEGELS MODELL AV EGENVÅRDSPROCESSEN

Riegel presenterar en specifik modell som beskriver egenvård vid hjärtsvikt (Strömberg 2005). Enligt Riegel (2004) är egenvårdsprocessen vid hjärtsvikt indelad i fem steg som uppdelas i två delar, upprätthållande av egenvård och hantering av egenvårdsbeteende:

Första delen, upprätthållande av egenvård innehåller första steget i egenvårdsprocessen. Det definierar den enskilda individens val till vilket egenvårdsbeteende hen har till hjärtsvikt. Finns det vilja hos individen till att följa upp egenvårdprocessen och aktiv symtommonitorering, eller inte?

Den andra delen, hanteringen av egenvårdsbeteende innehåller steg två till fem. Steg två innebär att kunna känna igen tecken på försämring av hjärtsviktssymtom. Individer som lär sig att upptäcka och förstå sina symtom lär sig att snabbt ta till sig omvårdnadsåtgärder. De väsentliga symtom som individen kan lära sig att känna igen är andfåddhet, trötthet, ödem, viktuppgång påverkan av vätskeretention och svårigheter vid motion. Steg tre innebär bedömningen av hjärtsviktssymtom. Individen lär sig att skilja mellan betydelsefulla och betydelselösa symtom. Om individen bedömer symtomen som betydelsefulla kommer omvårdnadsåtgärder snabbt sättas in. Steg fyra handlar om implementeringen av behandlingsåtgärder. I detta steg vidtas omvårdnadsåtgärder beroende på individens val av egenvårdsbeteende och vilka symtom individen upptäcker under egenvårdsprocessen. Omvårdnadsåtgärderna utgör kärnan inom egenvården vid hjärtsvikt. Steg fem, är sista steget i egenvårdsprocessen och då

bedömer individen egenvårdsåtgärdernas effekt vid hjärtsvikten. Den individuella utvärderingen av de vidtagna egenvårdsåtgärderna avgör individens fortsatta följsamhet till egenvård vid hjärtsvikt (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

Enligt Jaarsma m.fl. (2017) är egenvård en väsentlig del i behandlingen av hjärtsvikt. De individer med hjärtsvikt som har en effektiv egenvård har enligt studien bättre livskvalitet och lägre mortalitet än de som har en ineffektiv egenvård. Men trots de goda resultaten från studier kring egenvård har många individer med hjärtsvikt svårigheter att följa den rekommenderade egenvårdsbehandlingen. Enligt Jaarsma m.fl. (2017) kan svårigheter bero på komplexiteten kring förståelsen av egenvård hos individen, brist på motivation och brist på upplevt behov av egenvård. Trots möjlighet till god egenvård är det många individer som saknar rätt förståelse för egenvårdsbehandling kring hjärtsvikt. Detta har även upplevts och bevitnats av författarna till uppsatsen under praktiken under sjuksköterskeutbildningen. Trots egenvårdsråd och individuella samtal som erbjuds från vårdpersonal till individer, upplevs en svårighet från sjuksköterskans sida att kunna nå ut med informationen till alla individer (a.a.).

Ett syfte har formulerats där individens upplevelse av egenvård stor i fokus. Genom att belysa upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt kan individens perspektiv belysas och därmed skapa en närmre förståelse mellan individ och sjuksköterska.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa hur individer upplever egenvård vid hjärtsvikt.

METOD

Det valda tillvägagångsättet i studien var en litteraturstudie som redovisades i Forsberg och Wengström (2016). Litteraturstudien baserades på kvalitativ data. Enligt Willman m.fl. (2016) innebär kvalitativ data att få fram mänskliga upplevelser, erfarenheter, tankar, känslor, uppfattningar och få en djupare förståelse i den mänskliga tolkningen av erfarenheter och upplevelser. Eftersom författarna var ute efter individens upplevelser och känslor ansågs en kvalitativ ansats relevant som grund till litteraturuppsatsen baserat på syftet.

Inklusions- och exklusionskriterier

För att få fram ett avgränsat resultat valde författarna att endast inkludera artiklar med kvalitativ ansats, primärstudier, peer reviewed och engelskspråkiga artiklar. Artiklar vars tillgång var begränsad via databaserna beställdes via biblioteket.

Artiklarna har publicerats under de senaste 20 åren (1997–2017). Barn under 18 år exkluderades från studien.

Litteratursökning

Inledningsvis formades en plan för litteraturstudien enligt Willman m.fl. (2016) för att kunna genomföra litteratursökningen inom valt forskningsområde (a.a.). Tillgängliga databaser diskuterades och utifrån dem valdes PubMed och Cumulative Index of Nursing And Allied Health (CINAHL). Enligt Willman m.fl. (2016) kan en pilotsökning genomföras för att försäkra sig om att det finns vetenskapligt underlag inom valt forskningsområde (a.a.). Pilotsökningen genomfördes och visade på att relevant vetenskapligt underlag fanns i PubMed och CINAHL. PubMed är en internationell databas som innehåller forskningsartiklar med medicinskt, omvårdnads och odontologiskt syfte (Forsberg & Wengström 2016). CINAHL är en databas som framförallt inriktar sig på vetenskapliga artiklar inom omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (a.a.). När syftet formulerades och val av databas gjordes, utfördes litteratursökningen. Enligt Willman m.fl. (2016) förenklar POR-modellen till att kunna ta fram passande ämnesord med hjälp av Mesh-termer från PubMed och CINAHL. P innebär att identifiera populationen som är aktuell för undersökningen. O identifierar vilket område som ska undersökas, och slutligen R som beskriver resultatet (a.a.). För mer förtydligande hänvisas till tabell 2.

Tabell 2. Struktur som används för sökord enligt POR modellen.

Population	Område/fenomen	Resultat
Heart Failure patients Chronic heart failure patients Congestive Heart failure patients	Self care Self management	Life experiences Life change events

Ur POR-modellen och pilotsökningen framkom nyckelord, Mesh-termer och Headings-termer som redovisas nedanför i texten samt i tabell två. I PubMed användes sökorden *heart failure* som mesh och fritext, och sökorden *diastolic heart failure* och *systolic heart failure*. *Self care* mesh motsvarade *self care* och *self management* i fritext. *Life change events* i Mesh motsvarade *life experience* och *life change events* i fritext. När sökningen gjordes i CINAHL rekommenderades sökordet *heart failure*, vilket omfattade sökorden *heart failure patients*, *chronic heart failure patients* och *congestive heart failure patients*. Mesh termen för *self care* och *self management* var *self care*. *Life experience* i mesh term var *life experience* och *life change events* var mesh termen *life change events*. För vidare information hänvisas till bilaga 1 och 2.

Enligt Willman m.fl. (2016) framkommer två begrepp i en väl genomförd litteratursökning. Hög sensitivitet och hög specificitet. Hög sensitivitet innebär att sökningen får med alla relevanta referenser, och med hög specificitet menas att irrelevanta referenser exkluderades (a.a.). För att resultatet på artikelsökningen skulle bli så bred och specifik som möjligt gjordes en kombination av

fritextsökningar, Meshtermer och booleska sökoperatörer. Enligt Willman m.fl. (2016) omfattas vid en fritextsökning alla de referenser som någonstans finns i en text och innehåller det sökta ordet. En fritextsökning ökar sensitiviteten i litteratursökningen men kan medföra att ett antal irrelevanta artiklar påträffas också (a.a.). Fritextsökningen kombinerades med Mesh-termer i PubMed. I CINAHL har fritextsökningen kombinerats med CINAHL-headings. Fritextsökningen var *heart failure, self care, self management, life experience* och *life change events*. De booleska termerna AND och OR krävs för en litteratursökning enligt Willman m.fl. (2016). Booleska söktermer specificerar sökningen och får fram relevant data som besvarar frågeställningen. Innan sökningen gjordes med OR och AND söktes var sökterm för sig. Därefter kombinerades söktermerna enligt hänvisningen från Willman m.fl. (2016). För att kunna få med en bredd av referenser, utvidga sökningen och därmed öka sensitiviteten användes sökoperatören OR. Sökoperatören AND kombinerar sökblocken och avgränsar sökområdet (Forsberg & Wengström 2016). I PubMed genomfördes sökningen med en kombination av Meshtermer och fritext som därefter genomfördes med booleska sökoperatörer. Heart failure (Mesh) Or Heart failure. Self care (Mesh) OR self care or self management, life experiences (Mesh) OR life experiences OR life change events. I CINAHL genomfördes sökningen med Heart failure (heading) Or Heart failure. Self care (headings) OR self care or self management, life experiences (headings) OR life experiences OR life change events (headings) OR life change events. Därefter kombinerades sökblock med fritext med AND.

Manuell sökning

Enligt Willman m.fl. (2016) bör en sökning kompletteras med en manuell sökning (a.a.). Det skedde genom en sökning av de referenslistor hos de relevanta artiklar som granskades för resultatet. Genom manuell sökning framkom tre artiklar. För vidare information hänvisas till tabell 3.

Urvalsprocessen

Sammanlagt framkom det av databassökningen i CINAHL och PubMed totalt 129 artiklar. Av de totala antalet artiklar lästes 129 titlar, 93 abstract, och 42 artiklar lästes i fulltext. Under urvalsprocessen lades fokus på relevant studie-och metod design och att resultatdelen skulle stämma överens med författarnas syfte och inklusions/ - exklusions kriterier. 18 artiklar återstod, och 3 dubletter sorterades bort. Totalt återstod 15 artiklar som granskades enligt den modifierade SBU:s Mall för kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

För att kunna värdera materialet kritiskt är det viktigt att gå systematiskt tillväga. Granskningen av materialet fick mer värde ifall det granskades av två oberoende källor enligt Willman m.fl. (2016). De 15 artiklarna granskades med statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU 2014) för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser. Protokollet är modifierat och sammanställt i bilaga 3.

En bedömning gjordes av artikelns kvalitet oberoende av varandra med SBU:s

mall. Därefter diskuterade författarna gemensamt vilka styrkor och svagheter som hade kommit fram under den oberoende kvalitetsgranskningen. De 15 artiklarna klassificerades efter hög, medelhög eller låg kvalitet utefter SBU:s mall i bilaga 3. Tre artiklar sorterades bort på grund av en vag frågeställning samt resultat som inte kunde relateras till uppsatsens syfte. Tre artiklar sorterades bort på grund av ett tydligt syfte men ett outvecklat resultat som beskrevs i form av enskilda citat från deltagarna i studien och var därmed obegripligt och inte överförbart för att sammanställa till ett resultat som besvarar studiens syfte. Två artiklar bedömdes som medelhög/låg kvalitet då sammanhanget och resultatet var ottydligt. Totalt exkluderades 8 vetenskapliga artiklar från 15 artiklar. 7 artiklar valdes och lades som grund till resultatet och är markerade med ett Asterix (*) i källförteckningen. De 7 vetenskapliga artiklar kompletterades med 3 artiklar med hjälp av manuell sökning. Totalt baseras resultatet i litteraturstudien på 10 vetenskapliga artiklar som har granskats efter den modifierade SBU:s mall för kvalitetsgranskning och fått medel/hög kvalitet. Utvalda artiklar presenteras i artikelmatriser, hänvisas till bilaga 6. Detta innebär enligt Willman m.fl. (2016) att i tabellform presentera artikelns författarnamn, publicerings år, syfte, metod, resultat samt kvalitet (a.a.).

Tabell 3. Antalet utvalda artiklar

Databas	sökord	Filter	Antal Träffar / titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal kvalitetsgranskade artiklar	Antalet utvalda artiklar till resultat
CINAHL	Heart failure AND Self care AND Experiences	1997-2017 Engelska	24 / 24	17	14	3	3
PubMed	Heart failure AND Self care AND Experiences	1997-2017 Engelska	105 / 105	76	28	12	4
Manuell sökning							3
Totalt:			129	93	42	15	10

Tabell 4: Artikelkvalitet

Kvalitet	Artiklar
Hög	6
Medelhög	4
låg	0
Antal	10

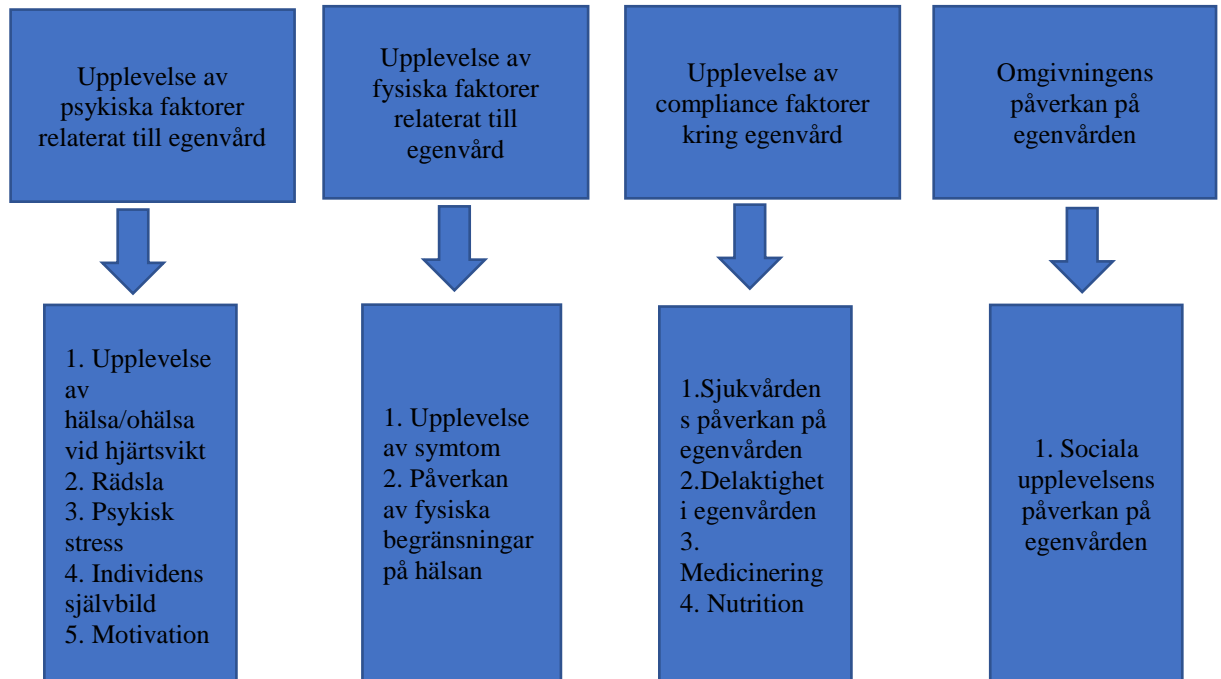
Analys

De enskilda artiklarna analyserades och sammanställdes utifrån Forsbergs och Wengström (2016) fem steg i en innehållsanalys. Det innebar att den vetenskapliga datan analyserades djupgående och undersöktes oberoende av varandra. Analysarbetet innebar att en kodning genomfördes av den insamlade datan. Utifrån datan framkom kategorier och underkategorier. Därefter gjordes en syntes som innebar att ett nytt resultat sammanställdes av de vetenskapliga datan. Innehållsanalysen påbörjades med steg ett vilket innebar att det vetenskapliga materialet d.v.s. de tio utvalda vetenskapliga artiklarna lästes igenom ett flertal gånger för att bekanta sig med de utvalda artiklarna. En fördjupad förståelse av resultatet skulle finnas med när materialet lästes igenom. Under steg två kodades de utvalda artiklarnas resultat text utifrån syftet som författarna hade formulerat och kodningen av texten skedde oberoende av varandra. Vidare i steg tre kategoriserades koderna. Koderna namngavs gemensamt av författarna. De olika kategorierna heter *upplevelsen av psykiska faktorer relaterat till egenvård*, *upplevelsen av fysiska faktorer relaterat till egenvård*, *upplevelsen av compliance faktorer kring egenvård och omgivningens påverkan på egenvården*. Under varje kategori sammanfattades ett eller flera olika underkategorier (Forsberg & Wengström 2016). Enligt Willman m.fl. (2016) för att effektivt kunna samla koder i olika kategorier, ska kodernas preliminära namn ligga nära resultatet. I det fjärde steget genomsöktes de preliminära kategorierna för att kunna hitta gemensamma mönster. Av de olika preliminära kategorierna framkom de slutliga huvudkategorier. De slutliga huvudkategorierna redovisades i steg fem som en syntes av resultatet. För att kunna markera olika koder har olika färger använts. I samband med färgkodningen kontrollerades att den understrukna datan kunde besvara syftet. Nästa steg var att identifiera likheter och skillnader mellan koderna. Det sista steget innebar att tolka och diskutera resultatet (Forsberg & Wengström 2016).

RESULTAT

Resultatet har redovisats i en litteraturanalys med kvalitativ ansats som utgångspunkt. Datan baseras på tio vetenskapliga artiklar som därefter sammanställdes i artikelmatriser, se bilaga 6. Samtliga vetenskapliga artiklar har belyst vilka upplevelser av egenvård som individer med hjärtsvikt har samt de känslor dessa individer har kring den individuella hälsan. Artiklarnas kvalitet sträckte sig från medel till hög. Sex av artiklarna bedömdes ha hög kvalitet medan fyra artiklar bedömdes ha medelhög kvalitet. En av studierna genomfördes i Iran, fyra i USA, två i Kina, två i Sverige, och en i Storbritannien. Resultatet presenteras i fyra huvudkategorier med tillhörande underkategorier. Huvudkategorierna är följande: "Upplevelse av psykiska faktorer relaterat till egenvård", "Upplevelse av fysiska faktorer relaterat till egenvård", "Upplevelse av compliance-faktorer relaterat till egenvård" samt "Omgivningens påverkan på

egenvården”. Totalt har 180 individer varit respondenter i studierna. Respondenterna har varit både män och kvinnor som har diagnostiserats med hjärtsvikt. Det påvisades även en variation av kulturella bakgrunder hos deltagarna i studierna. I bilaga 5 har författarna strukturerat resultatredovisningen av utvalda artiklar med kategorier och underkategorier.



Upplevelse av psykiska faktorer relaterat till egenvård

Studierna visade på att upplevelsen av psykiska faktorer relaterat till egenvård innefattar de inre känslor en individ upplever av både hjärtsvikt och synen på egenvård, samt hur de hanterar den psykiska stressen som uppstår vid hjärtsvikt.

Upplevelse av hälsa/ohälsa vid hjärtsvikt

Patienter som har fått diagnosen hjärtsvikt upplevdes en livsomvändande känsla och frustration kring sitt sjukdomstillstånd (Zambroski 2003; Abotalebidiariasari m.fl. 2016; Hopp m.fl. 2012). De emotionella känslorna hos individen relateras med hur individen upplever intensiteten av symtomen vid hjärtsvikt (Zambroski 2003). Att kunna acceptera den förändrade livssituationen, de begränsningar som hälsotillståndet medför samt den nya självbilden relaterat till hjärtsvikt anses enligt Scotto (2005) som steg ett i egenvårdsprocessen. Förnekar individen diagnosen hjärtsvikt begränsar detta potentiell egenvården. Individens livssyn på hälsa och individens kunskap om den fysiska hälsan påverkar implementeringen av egenvård. I första stadiet av diagnosen upplevdes det som en svårighet för individer att uppfatta innebörden av diagnosen hjärtsvikt (a.a.).

Rädsla

Rädsla för det okända samt upplevelser av symtom vid hjärtsvikt väckte känslor av rädsla hos individerna (Hopp m.fl. 2012). Motivationen till följsamhet av egenvård var bristande i början hos individer som var diagnostiserade med hjärtsvikt. Men upplevelsen av symtom som dyspné, ödem, trötthet tillsammans med sjukhusinläggning gav turbulenta emotionella känslor och rädsla för döden. Insikt om förändringar i fysisk hälsa och igenkänning av symtom upplevdes motivera individer med hjärtsvikt till uppsökande av kunskap om hälsa, prioriteringar av egenvård samt livsstilsförändringar, enligt Hopp m.fl. (2012) och Abotalebidariasari m.fl. (2016).

Psykisk stress

Psykisk stress upplevdes hos individer med hjärtsvikt då det var en ny livssituation som gav svårigheter i vardagen. Början av egenvårdprocessen var att kunna acceptera ett skiftande från att vara en oberoende individ till att vara beroende individ av kontinuerlig vård (Falk m.fl. 2007). I en studie av Yu och Li (2016) framkom det att individer med en låg självkänsla har svårigheter med att hantera psykisk stress. Därmed är deras följsamhet till egenvård på en låg nivå. Upplevelser av symtom, framförallt dyspné, gav stressande känslor, ångest samt frustration. Individer som upplevde denna form av psykisk stress blev motiverade, vilket gav en positiv effekt på följsamhet av egenvård (a.a.). Enligt Hopp m.fl.(2012) och Abotalebidariasari m.fl. (2016) uppgav individer att Gud och andlighet hade positiv effekt på hantering av psykisk stress och var ett redskap för att finna motivation till egenvård och följsamhet (a.a.).

Individens självbild

Yu och Li (2016) och Zambroski (2003) beskrev i sin studie att motivation till egenvård var sviktande hos individer när tolkningen av hjärtsvikt ansågs som obotlig. Enligt Yu och Li (2016) beskrev att rädslan var relaterad till att individen inte kunde återgå till sitt normala jag. Självbild och självkänsla avgjorde följsamheten till egenvården. Individer med god självkänsla överkom de psykiska barriärerna och implementerade egenvården. Studien visade även att när psykiska behov tillgodosågs av vårdgivaren, upplevde individen självförtroende i relation till egenvård av hjärtsvikt (a.a.).

Motivation

I studien av Falk m.fl. (2007) presenterades att individens beslut om följsamhet till egenvård och motivation var de drivande faktorerna i egenvårdsarbetet. Det som motiverade och påverkade individernas implementering av egenvård var viljan att kunna återgå till tidigare hälsostatus och förhindra förloppet av symtomförsämring (Abotalebidariasari m.fl. 2016). Motivation till följsamhet av egenvård begränsades hos de individer som upplevde regelbunden symtomförsämring. Individerna förlorade tilltron till vikten av egenvård på grund av att de inte märkte av en förbättring av hälsan (a.a.). Känslor av misslyckande, osäkerhet och nedgång väcktes inombords hos individer när egenvården inte gav effekt på hälsan (Nordgren m.fl. 2006).

Upplevelse av fysiska faktorer relaterat till egenvård

Den fysiska upplevelsen av hjärtsvikt har en påverkan på följsamheten till egenvården av hjärtsvikt.

Upplevelse av symtom

Enligt individer med hjärtsvikt upplevdes de vanligaste symtomen vara dyspné, smärta i bröstet, tryck mot bröstet, vätskeretention, viktuppgång, arytmier, trötthet, minnesproblematik och kronisk hosta (Rodriguez m.fl. 2007). Enligt studien av Rodriguez m.fl. (2007) förekom komorbiditet hos de flesta individer med hjärtsvikt. Vid komorbiditet av sjukdomar vid hjärtsvikt upplevde individer att det var en svårighet att skilja mellan sjukdomarnas olika symtom (a.a.).

Patienter uttryckte ångest över att inte känna igen symtom relaterat till hjärtsvikt. Framförallt när förvärring av symtom förekom (Falk m.fl. 2007). Ångest framkom hos individer som saknade kunskap om när hälso- och sjukvården skulle uppsökas vid symtomförsämring (Rogers m.fl. 2001). Det leder oftast till att symtomen vid hjärtsvikt försämrades innan individen uppsökte sjukvården (a.a.).

Följsamheten av egenvård uppfattades som mest aktiv när symtomförbättring upplevdes av den fysiska hälsan för individer (Rodriguez m.fl. 2007).

Viktkontroller samt kontroll av blodtrycksmätning anses som en väsentlig del av morgonkontrollen av egenvård enligt studiedeltagarna. I studien av Rodriguez m.fl. (2007) rapporterades även om individer som avslutade följsamheten av egenvård när symtomförbättring upplevdes av hälsan, samt återgick till tidigare beteendevanor. När individerna upplevde symtomförbättring ansåg de att hjärtsvikten var botad. Därav återkom symtomen på grund av bristande följsamhet till egenvården (a.a.).

Påverkan av fysiska begränsningar på hälsan

Fysiska begränsningar upplevdes av individer med hjärtsvikt enligt Nordgren m.fl. (2006). Vardagliga aktiviteter kunde inte utföras jämfört med tidigare på grund av trötthet (a.a.). Trötthet beskrevs av individer som en faktor till bristande följsamhet av egenvård enligt Hopp m.fl. (2012). De fysiska begränsningarna upplevdes påverka rollen som individer har i familjen, professionell roll i arbetet och sociala sammanhang (Nordgren m.fl. 2006). Implementering av egenvård som exempelvis regelbunden fysisk aktivitet upplevdes av individer som en svårighet att följa upp på grund av trötthet (Hopp m.fl. 2012). Vardagliga aktiviteter kopplade till egenvård krävde mer tid att utföra på grund av den fysiska begränsningen och upplevdes att kräva mer energi. De individer med hjärtsvikt som accepterade nya förändringar i vardagen implementerade egenvården genom att korrigera scheman för dagen samt ge mer tid till utförandet av egenvården (Falk m.fl. 2007).

Upplevelsen av compliance faktorer kring egenvård

Individen upplever att följsamheten till egenvården av hjärtsvikt kan bli påverkad av olika faktorer.

Sjukvårdens påverkan på egenvården

Enligt Nordgren m.fl. (2006) uppfattades hälso- och sjukvården av individer med hjärtsvikt som en organisation där enskilda individer kan uppsöka för att få medicinsk hjälp, omvårdnad, samt egenvårdsråd. Möjligheten till uppsökande av vård gav en känsla av trygghet hos individen. När patienter upplevde tillit till vårdgivaren under vårdmötet upplevdes känslan av kontroll av hälsa, minskad psykisk stress och ångest. Men en känsla av sårbarhet väcktes hos en del individer på grund av att de nu var beroende av vård. Individer vars omvårdnadsbehov inte togs på allvar av vårdgivaren gav känslor av förminskning och förolämpning. Vårdmöten upplevdes av individer som pressande på grund av att sjukvårdspersonal hade en förväntad aktiv roll av individen när det kom till förståelsen av hjärtsvikt, implementering av egenvård och förståelse för vikten av följsamhet till egenvård. Vidare fanns en tro av vårdgivaren att kunskap gällande hjärtsvikt redan fanns hos den vårdsökande. Men den förväntade aktiva rollen av vårdgivaren kunde inte bemötas av individen på grund av bristfällig kunskap om hjärtsvikt och egenvård. Individerna beskrev sig oftast förvirrade under vårdmöten och upplevde en känsla av osäkerhet till egenvården samt följsamheten (a.a.). Enligt Nordgren (2006) och YU och Li (2016) ansåg individer att bristen på kontinuitet av vårdmöten ledde till att de uppfattades som meningslösa samt att implementering av egenvård blev bristande (a.a.).

Delaktighet i egenvården

Individer med hjärtsvikt upplevde att kunskapen om egenvården var omfattande (Nordgren m.fl. 2006). Men studien från Yu och Li (2016) visade på att viljan till delaktighet i egenvård existerar hos individer men bristen på kunskap som gavs av vårdgivaren förhindrade följsamheten till egenvård. De individer som under vårdmöten upplevde sig uppmärksammade, lyssna på och förstod av vårdgivaren blev mer delaktiga i egenvården (Nordgren m.fl. 2006). Individer som visade motivation och följsamhet kring medicinering, nutrition och fysisk aktivitet kunde under vissa omständigheter bli mindre följsamma till egenvården, vilket beskrevs med att frestelsen överkom motivationen (Scotto 2005; Zambroski 2003).

Medicinering

Enligt studier upplevdes medicinering som den väsentliga faktorn i egenvårdsarbetet av individer med hjärtsvikt (Rodriguez m.fl. 2007; Zambroski 2003; Nordgren m.fl. 2006; Falk m.fl. 2007; Yu & Li 2016). Medicineringen upplevdes ge en känsla av hopp, trygghet samt självständighet i vardagen (Nordgren m.fl. 2006). I Rodriguez m.fl. (2007) studie påvisades att de vanligaste medicinerna vid hjärtsvikt ansågs vara diuretikum, blodförtunnande, nitroglycerin och blodtryckssänkande. Effekten av medicineringen upplevdes ge ett positivt resultat på hälsan enligt individer (a.a.). Bieffekter av medicineringen beskrevs av individer som muntorrhet, trötthet och impotens vilket orsakade besvär i vardagen (a.a.). Intag av diuretika ansågs av patienter ha störst påverkan på vardagen (Zambroski 2003; Yu & Li 2016). Individer rapporterade om att intaget av diuretika gav minst 3-4 timmars effekter om dagen (Zambroski 2003).

Intaget av diuretika visade sig ha bristande följsamhet på grund av besvärande effekter som exempelvis regelbundna toalettbesök. Men diuretiskas effekt på den fysiska hälsan upplevdes ha en positiv effekt enligt individerna (Yu & Li 2016; Zambroski 2003). Men individers kunskap var låg i avseende av vätskeretention samt kopplingen som fanns till vikten (Rogers m.fl. 2001).

Individer upplevde en svårighet att skilja mellan symtompåverkan av hjärtsvikt och bieffekter av medicineringen (Rogers m.fl. 2001).

Hantering av polyfarmaci ansågs som en svårighet för individer och hanterades med förenklingsmetoder i form av medicineringsaskar för bättre koll på medicin (Yu & Li 2016).

Nutrition

Enligt en studie som handlade om patientens uppfattning av nutritionen Heo m.fl. (2009) framkom missuppfattningar av nutritionens påverkan på hjärtsvikt symtom. Kunskapen sviktade hos en del individer när det gällde urskiljandet mellan hälsosam och ohälsosam nutrition, tillagning av saltfattig kost och minskningen av fettintaget. Svårigheter framkom även hos individer när det gällde följsamheten av diet rekommendationerna (a.a.). Synen på nutrition ansågs variera men saltintaget identifierades av individer med hjärtsvikt som en av orsaksfaktorerna till försämring av hjärtsvikt (Heo m.fl. 2009; Yu & Li 2016). Salt beskrevs enligt individer som en faktor som bevarar vätska i kroppen samt gav upphov till ödem. Uppfattningen om att salt bevarar vätska i kroppen har därmed framlagt mer fokus på att reducera intag av salt hos individer än andra egenvårds rekommendationer (Rodriguez m.fl. 2007). Bristande motivation framkom till följsamheten av diet på grund av att hälsosam kost inte faller alla individer i smaken (Heo m.fl. 2009). Ekonomiska kostnader ansågs även som en begränsande faktor gällande implementeringen av hälsosam kost (Rodriguez m.fl. 2007). För hanteringen av vätskeintaget samt vätskerestriktioner lär sig patienter även att räkna vätska med huvudräkning enligt Falk m.fl. (2007). Patienter lär sig mått på glas samt ifyllande av vätskelistor (a.a.). Men det upplevdes en svårighet hos en del individer att kalkylera det totala vätskeintaget, hantera sin vätskerestriktion och förståelse för palpation av ödem på grund av bristande kunskap om nutrition (Yu & Li 2016).

Omgivningens påverkan på egenvården

Den sociala omgivningen har en påverkande faktor på individens följsamhet till egenvård vid hjärtsvikt.

Sociala upplevelsens påverkan på egenvården

Ett vårdmöte gällande egenvård ansågs som mer bekvämt av individen om dem hade en närstående vid sin sida. Vårdmöten tillsammans med vårdgivare beskrevs svåra att förstå och därmed upplevdes det som en trygghet när en närstående var med för att tillsammans reflektera kring vårdmötet med (Falk m.fl. 2007).

Individer beskrev en önskan om att hälso-sjukvårdspersonal involverade närstående mer i vårdmöten angående egenvården samt ge dem en förståelse av hjärtsvikt för att kunna ha dem som stöd i egenvårdsprocessen (Abotalebidiariasari m.fl. 2016). Studierna (Scotto 2005; Heo m.fl. 2016) visar på att en del individer

finns att den sociala omgivningen missförstod hjärtsvikt och därmed gav bristande stöd i egenvården. Speciellt följsamheten till nutritionen blev ofullständig eftersom individen med hjärtsvikt inte ville vara till besvär vid middagar när det gällde att påpeka om specialkost (a.a.). Patienter som upplevdes ha gott stöd från den sociala omgivningen implementerade egenvården i vardagen effektivare (Abotalebidiariari m.fl. 2016; Yu & Li 2016). Det sociala stödet upplevdes ge en positiv inverkan av egenvård när det kom till hjälp vid medicineringen, påminnelse om blodtrycksmätning och hjälp vid uppsökande av vård. Uppmuntran från den sociala omgivningen beskrevs även av individer som en motiverande faktor till egenvård (Yu & Li 2016). Motivation till följsamhet av egenvård har även funnits i oviljan till att vara beroende av den sociala omgivningen, samt viljan till att bevara en aktiv ekonomisk roll i familjen (Abotalebidiariari m.fl. 2016).

DISKUSSION

Följande avsnitt är uppdelat i både en metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras styrkor och svagheter med litteraturstudien. Litteratursökningsmetoder och författarnas erfarenhet av litteraturmetoderna diskuteras. I resultatdiskussionen diskuteras huvudkategorierna. I samband med huvudkategorierna kopplas resultatet till Riegels modell (Riegel 2004), personcentrerad vård och sjuksköterskans ansvar. Resultatet från litteraturstudien styrks även med en nyttillkommen vetenskaplig artikel.

Metoddiskussion

Syfte- och problemformulering

För att kunna påbörja studien valde författarna ett relevant och intressant forskningsområde inom omvårdnadsvetenskap. Ett syfte formulerades vilket blev att belysa individers upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt. Willman m.fl. (2016) rekommenderar att en pilotsökning genomförs för att kunna avgöra om valt forskningsområde har relevant kunskap. Enligt pilotsökningen som genomfördes framkom det att kunskap fanns tillräckligt gällande egenvård vid hjärtsvikt.

Val av ansats

En kvalitativ forskningsansats valdes för att genomföra studien eftersom författarna var ute efter att belysa upplevelser. Enligt Willman m.fl. (2016) ska en kvalitativ forskningsansats användas när ett fenomen ska förklaras utifrån mänskliga upplevelser, uppfattningar, tankar och känslor. Studien hade även kunnat genomföras som en empirisk studie då författarna var ute efter att belysa mänskliga erfarenheter. Dock valdes en kvalitativ litteraturstudie på grund av tidsbrist. Tidigare publicerade vetenskapliga artiklar har analyserats vars resultat har besvarat ett syfte. Med en kvantitativ forskning hade författarna kunnat besvara ett syfte med nya deltagare och därmed få fram och bevisa en ny slutsats.

Nackdelen har på så sätt blivit att ny information inte har kunnat bidra till forskningen men kunskapen inom egenvård av hjärtsvikt har ökat hos författarna och kan därmed anses som en resurs på en framtida arbetsplats. Styrkan med kvalitativ ansats som valdes är att det är endast kvalitativa primära studier som resultatet är baserat på. Därmed har kvalitativ förstahandsinformation enligt Forsberg och Wengström (2016) använts i studien från studiedeltagarna. Men svagheten kan styrkas med att det är intervjuer som har tolkats i första hand av en forskare innan resultatet redovisades i de vetenskapliga artiklarna, som efteråt har analyserats och tolkats av författarna till studien. Trovärdigheten av resultatet kan därmed ha påverkats under studiens gång.

Urval

En svaghet med kvalitativa vetenskapliga studier är att antalet studiedeltagare är lågt. Lågt antal kan påverka trovärdigheten och överförbarheten, men det totala antalet studiedeltagare i den vetenskapliga litteraturstudien uppgick till 180, vilket är en styrka. Enligt Forsberg och Wengström (2016) uppnås datamättnad när ny kunskap inte kan komma fram från studiedeltagarna. I de vetenskapliga artiklarna har datamättnad uppnåtts och på så sätt kan det styrkas att tillräcklig kunskap gällande syftet har kunnat uppnås.

Databaser

För att kunna söka efter litteratur valdes databaserna CINAHL och PubMed. Enligt Forsberg och Wengström (2016) har CINAHL och PubMed lämpligast vetenskapliga omvårdnadsartiklar. Därmed ansågs CINAHL och PubMed vara relevanta databaser för litteraturstudiens syfte. Författarna till litteraturstudien fann databassökningen som en avancerad process på grund av bristande erfarenhet av databassökning sedan tidigare. Men enligt Willman m.fl. (2016) anses det som en styrka att få konsultation av en bibliotekarie.

Databassökningen presenterades för Malmö Högskolans bibliotekarie ett flertal gånger för att kontrollera att tillvägagångssättet var i riktning med riktlinjerna. Enligt Willman m.fl. (2016) är det en fördel med sökning i flera olika databaser för att undvika publiceringsbias. Då det endast användes två databaser i litteraturstudien, kan det ha funnits risk för publiceringsbias. Det fanns en medvetenhet hos författarna om att relevanta vetenskapliga artiklar även kunde hittats i databaserna som var rekommenderade i Willman m.fl. (2016), som exempelvis Psychinfo, The Cochrane library, Libris, Eric, och Swemed+. Dock förbisågs databaserna på grund av tidsbrist och bristande kunskap. Men relevant kunskap kan ha gått om miste. Databassökningen i PubMed och CINAHL anses ha mer styrka på grund av mer kunskap fanns hos författarna gällande databaserna och det totala antalet vetenskapliga artiklar gav tillräckligt med data.

Litteratursökning och sökord

För att kunna precisera forskningsområdet och finna relevant kunskap strukturerades sökningen efter POR-modellen. POR-modellen är enligt Willman m.fl. (2016) en effektiv sökningsmodell som är användbar vid

kvalitativa studier som vill belysa upplevelser och erfarenheter. POR-modellen formulerade problemformuleringen tydligt, strukturerat och välavgränsat (a.a.). Relevanta sökblock framställdes som resultat sökningen baserades på. Söktermerna i populationen ansågs som relevanta eftersom de handlade om individer med hjärtsvikt. Sökblocket innehöll tre söktermer vilket omfattade alla former av hjärtsvikt hos individer. Men i fenomen/område söktes med två termer vardera vilket kan ha begränsat artikelsökningen på grund av för få antal söktermer. För att kunna söka efter studier valdes ämnesord via databasernas ämnesordlista som även definieras som tesaurus. I CINAHL framställdes Headings-termer och i PubMed kallades de för Mesh-termer enligt Willman m.fl. (2016).

Inklusions- och exklusionskriterier

För att kunna avgränsa sökningen infördes inklusions- och exklusionskriterier enligt Willman m.fl. (2016). Styrkan i inklusionskriterierna var att endast nytillkomna forskningsartiklar gångna de senaste 20 åren fanns med i studien. De vetenskapliga artiklarna skulle även vara skrivna på engelska eftersom engelska är det officiella språket de flesta tidskrifter är publicerade på. En svaghet gällande publiceringsspråket är att engelska inte är författarnas modersmål och en felaktig tolkning kan ha förekommit under resultattolkningen. Men för att förhindra felaktig tolkning läste författarna noggrant igenom texterna flera gånger och sökte upp i ett engelskt lexikon meningar och fraser som var svårtolkade. Barn under 18 år exkluderades bort från litteraturstudien på grund av exklusionskriterierna.

Databassökningen

Styrkan med databassökningen har varit att sökningarna har kombinerats med både fritext och ämnesord. Med fritext ökade sensitiviteten i databassökningen och tog med alla de referenser som innehöll de sökta ordet (Willman m.fl. 2016). För att öka specificiteten kombinerades fritexten med Mesh-termer. I undersökningar med fritext framkom i Willman m.fl. (2016) att databasen gör om ordningsföljden i sammansatta ord som exempelvis begreppet self-management kan få en helt annan betydelse än vad som var meningen från början. För att omkastning av sammansatta ord inte ska få en annan mening bör citationstecken användas vid sökning med fritext (a.a.). I litteraturstudien gjordes sökningar av fritext med citationstecken. Men författarna ansåg att det blev ett hinder i det totala antalet relevanta artiklar i både PubMed och CINAHL. Antalet vetenskapliga artiklar begränsades och därmed gav inte tillräcklig med data. Därmed förkastades fritextsökning med citationstecken.

Begränsningar av studieartiklar

En begränsning i studien har även varit att artiklar som har haft ett relevant abstract relaterat till forskningssyftet har varit begränsade av Malmö Högskolans bibliotek. Vetenskapliga artiklar beställdes även via biblioteket, men 1 utav dem beställda vetenskapliga artiklar kom aldrig fram på grund av begränsad åtkomst. Sökoperatör NOT som är beskriven enligt Forsberg och

Wengström (2016) genomfördes inte i studien eftersom att det ansågs vara en begränsning.

Kvalitetsgranskning

De vetenskapliga artiklarna granskades oberoende av varandra enligt SBU:s gransknings protokoll för kvalitativ granskning av studier.

Granskningsprotokollet modifierades för att anpassas till de vetenskapliga litteraturstudierna (Willman m. fl. 2016). Kvalitetsnivån bedömdes oberoende av varandra och därefter diskuterades tolkningar av vardera vetenskapliga studier. I diskussionen framkom att författarna hade liknande tolkning om kvaliteten på de vetenskapliga artiklarna. Sex studier bedömdes med hög kvalitet medan fyra bedömdes med medelhög kvalitet. Den medelhöga kvaliteten på studierna valdes med i resultatet på grund av att tillgången på relevanta vetenskapliga studier var begränsad, och därmed fick dem ligga till grund i resultatet också.

Förförståelse

Den hermeneutiska läran går ut på att alla människor har en egen förförståelse till ett fenomen. Innan en studie ska genomföras bör forskaren ta ställning till sin egen förförståelse (Willman m.fl. 2016). Innan studien genomfördes diskuterades förförståelsen av författarna (Forsberg & Wengström 2016) och det framkom att medveten kunskap redan fanns hos författarna. Erfarenheter från tidigare VFU praktik har gett en bild av egenvårdssamtalen kring hjärtsvikt med individer. Det diskuterades strategier för att undvika en snedvriden tolkning av data. Data av resultatet tolkades av författarna oberoende av varandra för att enligt Willman m.fl. (2016) ökar det värdet av materialet och tolkningen.

Överförbarhet

En styrka är att de inkluderade studierna genomfördes i Iran, USA, Sverige, Kina och Storbritannien och har därmed en stor variation av olika människor med kulturell bakgrund. Men svagheten ligger i att olika länder har annorlunda standard på hälso- och sjukvårdssystem, vilket kan därmed ge olika upplevelser av omvårdnaden av hjärtsvikt. Om studier med liknande syfte utförs i olika länder kan trovärdigheten öka om studiernas resultat pekar åt liknande håll enligt Willman m.fl. (2016). Inklusionskriterierna ska visa tydlighet i studierna för att kunna fastställa om att undersökningsgrupperna i studierna har en likhet. Då det i studierna har framkommit en tydlighet kring undersökningsgrupperna kan trovärdigheten gällande resultatet styrkas som en styrka. Författarna ville med studien belysa individers upplevelser av egenvård, men i resultatet har det även framkommit upplevelser av hjärtsvikt. Dessa två ämnen kan belysas var för sig men hör ihop med varandra och har därmed förenats till ett resultat.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa upplevelsen av egenvård vid hjärtsvikt. I resultatet av studierna har det kunnat fastslås att diagnosen hjärtsvikt innebar en

livsomvändande situation för individen (Zambroski 2003; Abotalebidiariasari m.fl. 2016; Hopp m.fl. 2012). Emotionella känslor som rädsla, förtvivlan och förnekelse är den första reaktionen på diagnosen hjärtsvikt. Individens nya självbild av sin hälsa ansågs som en svårighet att acceptera och egenvårdprocessen fördröjdes att implementeras i vardagen (Scotto 2005; Falk m.fl. 2007). Det framkom en oförståelse av diagnosen hjärtsvikt hos individer på grund av bristande kunskap om sin hälsostatus. Rädslan för det okända, som med andra ord kan beskrivas som en brist på kunskap om hjärtsvikt och symtomupplevelser, väckte känslor av ovisshet gällande individens hälsa. En slutsats från denna litteraturstudie är att egenvård vid hjärtsvikt inte kan implementeras om patienten inte har förståelse för sin diagnos från första början. Enligt Socialstyrelsens (2015) riktlinjer vid hjärtsvikt är det sjuksköterskans ansvar att individanpassa omvårdnadsinformation efter individens förutsättningar. Omvårdnadsinformationen ska vara baserad på evidens och beprövad erfarenhet (a.a.). Denna litteraturstudies resultat visar att individer med hjärtsvikt upplever att hälso- och sjukvården inte tog deras omvårdnadsbehov på allvar och gav individerna känslor av förminskning och underlåtenhet. Vårdmöten upplevdes som pressande istället för tröstande och kunskapsutvecklande. I egenvårdsbesluten framkom det att hälso- och sjukvårdspersonalen förväntade sig en aktiv roll i beslutsprocessen om individens egenvård vid hjärtsvikt. Men denna roll kunde inte uppfyllas av individen vid egenvårdssamtalen på grund av att de saknade tillräcklig kunskap om hjärtsvikt och innebörden av egenvård. Denna slutsats kan även styrkas med Östmans m.fl. (2015) studie om hälso- och sjukvårdens påverkan på egenvård vid kronisk hjärtsvikt. Östman m.fl. (2015) menar att sjukvårdspersonalen förväntar sig att individer har en aktiv roll i egenvårdssamtalen.

Individer som inte kände sig lyssnade på under vårdmöten upplevde en känsla av psykisk stress som påverkades av brist på kunskap om egenvård. Upplevelser av symtom på den fysiska hälsan gav stressande känslor hos individer och framkallade ångest och frustration samt psykisk stress (Yu & Li 2016). Men litteraturstudien har kunnat fastslå att psykisk stress väcker en känsla av motivation till egenvård hos individer. Den bristande kunskapen om egenvård och upplevelsen av psykisk stress kan minskas om vårdmöten sker kontinuerligt. Information om egenvård kan upprepas och följsamheten till egenvården kan kontinuerligt följas upp. Ett självförtroende kan byggas upp hos individen och tillit kan skapas mellan vårdgivare och vårdtagare under möten. En slutsats av resultatet är att kontinuitet av egenvårdsmöten vid hjärtsvikt är en väsentligt påverkande faktor gällande följsamheten av egenvården.

Enligt Falk m.fl. (2007) är individens beslut om följsamhet till egenvård en drivande faktor i egenvårdprocessen. Detta resultat kan även styrkas med Riegels modell. Enligt Riegel (2004) definieras egenvård som en beslutsprocess uppdelad i två delar med sammanlagt fem steg. Den första delen är upprätthållande av egenvård. Här innebär steg 1 att viljan finns hos individen att utföra egenvård och inneha följsamhet till egenvården. De individer som accepterade den nya

livssituationen samt livsstilen implementerade egenvården genom att upprätthålla vardagliga scheman och ge egenvården tid (Falk m.fl. 2007).

Sjuksköterskans ansvar är att få individen att förstå egenvård vid hjärtsvikt och inte endast fokusera på individens fysiska symtom under egenvårdssamtal. I litteraturstudien framkommer det att sjukvårdspersonal och sjuksköterskor endast fokuserar på individens fysiska symtom vid egenvårdssamtalen.

Slutsatsen från litteraturstudien kan även styrkas av Östman m.fl. (2015) som menar att sjukvården i Europa generellt fokuserar på individens fysiska symtom vid egenvårdssamtal och inte patientens inre psykiska hälsa. Sjuksköterskan ska inte endast diskutera de fysiska symtomen utan även stödja och belysa patientens inre känslor till egenvården. Under samtal ska hinder som patientens svårigheter under egenvårdsprocessen diskuteras och åtgärdas.

Enligt litteraturstudiens resultat upplever individer en svårighet att skilja mellan symtom orsakade av komorbiditet och symtom orsakade av hjärtsvikt. Individerna saknar kunskap om symtomigenkänning. Att inte kunna känna igen symtom skapar ångest hos individen. Bristande kunskap om symtomigenkänning leder oftast till att hjärtsvikten har försämrats innan individen uppsöker sjukvård (Rogers m.fl. 2001). Följsamhet av egenvård var som mest aktiv när symtom av hjärtsvikt påverkade den fysiska hälsan och minskade när individen upplevde en förbättrad hälsa (Rodriguez m.fl. 2007). Kopplingen som betydelsen av symtomigenkänning har med egenvård kan belysas med hjälp av Riegels modell, där den andra delen i beslutsprocessen av egenvård benämns som hantering av egenvårdsbeteende. Egenvårdsbeteendet är en beslutsprocess som görs baserad på symtom. I denna del innebär steg 2 att känna igen tecken på symtomförsämring av hjärtsvikt. De individer som kan känna igen symtomförsämring tidigt kan snabbt utvärdera sin hälsostatus och inta omvårdnadsåtgärder samt egenvård (Riegel 2004). Sjuksköterskan har ansvar för att varje individ med hjärtsvikt får individanpassad kunskap om symtomigenkänning (Socialstyrelsen 2015). Genom kunskapen lär sig individen att hantera symtomen av hjärtsvikt med hjälp av egenvård.

Enligt en studie av Yu och Li (2016) kan kunskap om symtomigenkänning överföras av en sjuksköterska och ske med hjälp av olika förenklingsmedel som exempelvis illustrationer med bilder och patientdockor. Steg 3 i Riegels modell betonar vikten av kunskap gällande bedömning av symtom. Individen ska kunna skilja mellan betydelsefulla och betydelselösa förändringar av symtom. Betydelsefulla symtomförändringar ska kunna åtgärdas med egenvård (Riegel 2004). För att egenvården ska kunna implementeras i vardagen på ett bra sätt har individens självkänsla och självbild en avgörande roll. Individer som under patientmötena upplevde sig uppmärksammade och förstådda av vårdgivaren samt hade en god självkänsla implementerade egenvården effektivt.

Studien skriven av Ulin m.fl. (2015) visar på att personcentrerad vård förbättrar livskvalitet hos individen och följsamhet till egenvården. Individens fysiska och

psykiska status samt osäkerhet kring egenvården diskuteras under vårdmöten med sjuksköterskan (a.a.). Intervention av personcentrerad vård uppmuntrar individen till egenvård genom att individens förmågor och målsättningar identifieras. Kommunikationen mellan sjuksköterska och vårdtagare sker genom vårdmöten. Slutsatsen kan dras att personcentrerad vård förbättrar individens kliniska status, livskvalitet, implementering av egenvård och skapar mindre symtombörda för individen. I steg 4 i Riegels modell (2004) beskrivs implementering av egenvård vid hjärtsvikt. För att steg 4 ska kunna ske är individer beroende av hur informationen har framställts av sjuksköterskan samt av den egna inre motivationen. I litteraturstudiens resultat framkommer att individens egenvård är beroende av hur information ges av sjukvårdspersonal och sjuksköterskor samt av individens motivation till egenvård.

Litteraturstudiens resultat visar att medicineringen mot hjärtsvikt beskrivs som den effektivaste omvårdnadsåtgärden för hälsan. Medicineringen minskade trötthet och gav känslor av hopp, trygghet och självständighet i vardagliga aktiviteter (Nordgren m.fl. 2006). I egenvårdsprocessen steg fem sker enligt Riegel (2004) en individuell utvärdering av egenvårdseffekten, exempelvis om symptomförbättring har skett på hälsan. Utvärderingen avgör om individen fortsätter följsamheten till egenvård (a.a.). Resultatet i litteraturstudien visar att följsamheten till egenvård minskar hos de individer som inte upplever en förbättring på hälsan. Individerna tappar tron till effekten av egenvård vid hjärtsvikt. Under samtal med individen ska sjuksköterskan diskutera individens hälsa, de förbättringar samt försämringar som har upplevts på hälsan. Genom att belysa individens hälsa och livsstil utifrån ett personcentrerat samtal kan orsaker till försämringen av egenvård belysas. Individen kan få en tankeställare och implementera egenvården med bättre följsamhet.

KONKLUSION

En slutsats av resultatet är att individer upplever en rädsla när diagnosen av hjärtsvikt har informerats. Egenvårdsinformationen som gavs ut av vårdpersonal och sjuksköterskor upplevdes som omfattande och kunskapsöverföringen framkom inte tillräckligt. Det är sjuksköterskans ansvar att i denna vårdsituation individanpassa omvårdnadsåtgärderna och informationen av egenvården. Förändringarna i den fysiska hälsan och den nya livssituationen gav upphov till psykisk stress. Bristande motivation till egenvård förekom på grund av att tillräcklig kunskap och tillit till egenvård inte fanns hos individer. Det är viktigt för sjuksköterskor att ge tillräckligt med information om egenvård och samtidigt under samtal arbeta med individen utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. En slutsats av litteraturstudiens resultat är att ett personcentrerat förhållningssätt saknades av sjukvårdspersonalen i egenvårdssamtalen. Motivation till egenvård varierade på grund av intensiteten av symptom och därmed ökade vikten av

kontinuitet av följsamhet till egenvården av individen. Enligt resultatet saknas det tillräcklig med uppföljningssamtal av egenvården.

FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Författarna har under litteraturstudien lärt sig om att upplevelsen av en sjukdom skiljer sig från olika individer. Alla individer har olika uppfattningar om sin hälsa, implementering av egenvård, vikten av egenvård och inställning till ett liv med hjärtsvikt. Individens upplevelse av sin sjukdom är en påverkande faktor på följsamheten till egenvård. Författarna har insett vikten av att alltid ha ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med sina framtida patienter. Genom ett personcentrerat förhållningssätt kan sjuksköterskor bemöta individens svårigheter och skapa ett förtroende mellan sjuksköterska och individ. I sjuksköterskeutbildningen presenteras vikten av personcentrerad vård och dess betydelse för individen i omvårdnadsmötet. Trots det visar litteraturstudiens resultat att individens psykiska känslor inte diskuteras under egenvårdssamtalen. Det kan bero på att sjuksköterskor, när de kommer ut i arbetslivet, får en ändrad inställning till omvårdnad vilket innebär att lindra fysiska symtom och inte de psykiska hos patienten. Förslag på fortsatt kunskapsutveckling utifrån slutsatsen av litteraturstudien är att sjuksköterskor kontinuerligt bör utbildas inom betydelsen av personcentrerad vård under arbetslivets gång. Det har forskats mycket om individens upplevelser av diagnosen hjärtsvikt och egenvård, men det saknas enligt författarna information om hur en sjuksköterska ska kunna nå ut till sina patienter och motivera individer till följsamhet av egenvård vid hjärtsvikt. Fortsatt förslag på kunskapsutveckling gäller även uppföljning av följsamheten till egenvården bör kontinuerligt följas upp för att förhindra sjukhusinläggning. Författarna anser sig sakna kunskap om när det kommer till hur dem som framtida sjuksköterskor med rätt ord ska kunna undervisa en individ betydelsen av egenvård vid hjärtsvikt och hur kunna förhindra att individens hjärtsvikt försämras. Förslag till förbättringsarbete är att forskning krävs inom hur sjuksköterskor ska förhålla sig i egenvårdssamtal och hålla motivationssamtal.

REFERENSER

- *Abotalebidiariasari G, Memarian R, Vanaki Z, Kazemnejad A, Naderi N, (2016) Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 30, 4.
- American Heart Association, (2017) Classes of Heart Failure.
><http://www.heart.org>< HTML (2017-04-16)
- Asklin E, Göransson C, Jacobsson C, Lennartsson E, Lindberg Stenfell K, (2002) *Omvårdnad vid långvariga sjukdomstillstånd*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Butler J, (2012) An overview of chronic heart failure management. *Nursing Times*, 108, 16–20.
- Eikeland A, Haugland T, Stubberud D G, (2011) *Omvårdnad vid hjärtsjukdomar*. I: Almås H, Stubberud D G, Gronseh R, (red) *Klinisk Omvårdnad*. (2: a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 207–243
- *Falk S, Wahn A K, Lidell E, (2007) Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 192–199.
- Fridlund B, (1998). *Kardiologisk omvårdnad*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Forsberg C, Wengström Y (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm, Natur & Kultur.
- *Heo S, Lennie T A, Moser D K, Okoli C, (2009) Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary adherence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 323–328.
- *Hopp F P, Thornton N, Martin L, Zalenski R, (2012) Life Disruption, Life Continuation: Contrasting Themes in the Lives of African-American Elders With Advanced Heart Failure. *Social Work in Health Care*, 51, 149–172.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763
- Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A, (2017) Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: a literature update. *Current Heart Failure Reports*, 14, 71-77.
- Jurgens C, Hoke L, Bynes J, Riegel B, (2009) Why do elders delay responding to heart failure symptoms?. *Nursing research*, 58(4), 274-282.

Leksell J, Lepp M (2013) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm, Liber AB.

*Nordgren L, Asp M, Fagerberg I, (2006) An exploration of the phenomenon of formal care from the perspective of middle-aged heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 121–129.

Riegel B, Carlsson B, Moser D, Sebern M, Hicks F D, Roland V, (2004) Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*, 10, 350-360

*Rodriguez K L, Appelt C J, Switzer G E, Sonel A F, Arnold R M, (2007) ”They diagnosed bad heart”: A qualitative exploration of patients’ knowledge about and experiences with heart failure. *Heart and Lung Journal*, 37, 257–265.

*Rogers A, Addington-Hall M J, McCoy S M A, Edmonds M P, Abery J A, Coats J S A, Gibbs R S, (2001) A qualitative study of chronic heart failure patients’ understanding of their symptoms and drug therapy. *The European Journal of Heart Failure*, 4, 283–287.

*Scotto C J, (2005) The Lived Experience of Adherence for Patients With Heart Failure. *Journal of cardiopulmonary Rehabilitation*, 25, 158–163.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2014) *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik*. ><http://www.sbu.se>< PDF (2016-04-18)

Socialstyrelsen, (2013) *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*. ><https://www.socialstyrelsen.se>< PDF (2017-04-26)

Socialstyrelsen, (2015) *Hjärtsjukvård*. ><https://www.socialstyrelsen.se>< PDF (2017-02-03)

Socialstyrelsen, (2015) *Nationella riktlinjer för hjärtsvikt*. ><http://www.socialstyrelsen.se>< PDF (2017-05-28)

Socialstyrelsen, (2017) *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård* > <http://www.socialstyrelsen.se>< PDF (2017-04-16)

Strömberg A, (2005) *Vård vid hjärtsvikt*. Lund, Studentlitteratur AB.

Svensk MeSH, (2017) *Hitta medicinska sökord*. > <https://mesh.kib.ki.se/>< HTML (2017-04-10)

Ulin K, Malm D, Nygårdh A, (2015) What is known about the benefits of patient-centered care in patients with heart failure. *Current Heart Failure Reports*, 12,

350–359.

While A, Kiek F, (2009) Chronic heart failure: promoting quality of life. *British Journal of Community nursing*, 14, 54-59

Wikström G, (2014) *Hjärtsvikt*. Lund, Studentlitteratur AB.

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, (2016) *Evidensbaserad omvårdnad en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur AB.

*Yu D SF, Li P WC, (2016) Self-Care among older Chinese people with chronic heart failure: the roles of cognitive and psychosocial characteristics. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13, 431–439.

*Zambroski C H, (2003) Qualitative analysis of living with heart failure. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 32, 32–40.

Östman M, Jakobsson Ung E, Falk K, (2015) Health-care encounters create both discontinuity and continuity in daily life when living with chronic heart failure- A grounded theory study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10, 1

Bilaga 1: Artikelsökning i databasen PubMed

PubMed Söknummer	Sökord	Antal träffar	Sökblock
#1	Heart failure	209,015	
#2	"Heart Failure"[Mesh]	100,996	
#3	Heart failure, diastolic	15,218	
#4	Heart failure, systolic	20,606	
#5	Chronic Heart failure	209,015	
#6	Congestive Heart failure	209,015	
#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	209,015	Heart failure
#8	"Self Care"[Mesh]	46,601	
#9	Self care	151,321	
#10	Self management	175,062	
#11	#8 OR #9 OR #10	175,062	Self care
#12	"Life Change Events"[Mesh]	20,872	
#13	Life change events	25,062	
#14	Life experience	80,068	
#15	#12 OR #13 OR #14	79,940	Experience
#16	#7 AND #11 AND #15	105	

Bilaga 2. Artikelsökning i databasen CINAHL.

Cinahl search ID#	sökord	Antal träffar	Sökblock
S1	Heart failure	29,405	
S2	(MH "Heart Failure+")	20,510	
S3	Chronic heart failure	3,199	
S4	Congestive heart failure	4,410	
S5	Heart failure diastolic	403	
S6	Heart failure systolic	889	
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	29,428	Heart failure
S8	Self Care	29,960	
S9	(MH "Self Care+")	28,629	
S10	self management	7,470	
S11	S8 OR S9 OR S10	38,488	Self-Care
S12	life experiences	17,326	
S13	(MH "Life Experiences+")	20,529	
S14	Life Change Events	3,950	
S15	(MH "Life Change Events+")	28,263	
S16	S12 OR S13 OR S14 OR S15	51,961	Life Experiences OR Life Change Events
S17	S7 AND S11 AND S16	24	

Bilaga 3: Granskningsprotokoll – Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser

Författare:..... År:..... Artikelnummer:.....

Område	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpat
Syfte				
Utgår studien från ett tydligt syfte?				
Finns det en tydlig frågeställning?				
Urval				
Är urvalet relevant?				
Är urvalsförandet tydligt beskrivet?				
Är kontexten tydligt beskriven?				
Finns relevant etiskt resonemang?				
Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?				
Datainsamling				
Är datainsamling tydligt beskriven?				
Är datainsamlingen relevant?				
Råder datamättnad?				
Har forskaren hanterat sin egen förståelse?				
Analys				
Är analysen tydligt beskriven?				
Är analysförandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
Råder analysmättnad?				
Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?				
Resultat				
Är resultatet logiskt?				
Är resultatet begripligt?				
Är resultatet tydligt beskrivet?				
Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
Genereras hypotes/teori/modell?				
Är resultatet diskuterat med undersökningsgruppen?				
Är resultatet relevant med det ursprungliga syftet?				
Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				

Sammanfattande bedömning av kvalitet:

Hög	Medel	Låg

Kommentar:

.....

Granskare (Sign):

Bilaga 4: Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet

Hög kvalitet	Medelhög kvalitet	Låg kvalitet
Klart beskrivet sammanhang (kontext)	Sammanhanget ej beskrivet tydligt (kontext)	Oklart beskrivet sammanhang (kontext)
Väldefinierad frågeställning	Frågeställning ej beskriven tydligt	Vagt definierad frågeställning
Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Några otydligheter i beskrivningen av urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod
Dokumenterad metodisk medvetenhet	Några otydligheter i den dokumenterade metodiska medvetenheten	Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet
Systematisk, stringent presentation av data	Otydligheter i presentationen av data	Osystematisk och mindre stringent dataredovisning
Tolkningars förankring i data påvisad	Några otydligheter om tolkningars förankring i data	Otydlig förankring av tolkningarna i data
Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Några otydligheter om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet är bristfällig eller saknas
Kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Otydlig kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Kontextualisering av resultat i tidigare forskning saknas eller är outvecklad

Implikationer för relevant praktik välformulerade	Implikationer för relevant praktik är otydligt beskrivna	Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga
---	--	---

SBU (2013)

Bilaga 5: Strukturerad resultatredovisning av utvalda artiklar med kategorier och underkategorier.

Kategorier	Upplevelse av psykiska faktorer relaterat till egenvård					Upplevelse av fysiska faktorer relaterat till egenvård		Upplevelse av compliance faktorer kring egenvård				Omgivningens påverkan på egenvården	
	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4		
Underkategorier													
Abotalebidariasari m. fl. 2016	1-2-3-5												1
Falk m. fl. 2007	3-5					1-2		3-4				1	
Heo m. fl. 2009								4				1	
Hopp m. fl. 2012	1-2-3					2							
Nordgren m. fl. 2006	2-5					2		1-2-3					
Rodriguez m. fl. 2007						1		3-4					
Rogers m. fl. 2001						1		3					
Scotto 2005	1							2				1	
Yu och Li 2016	3-4							1-2-3-4				1	
Zambroski 2003	1-4							2-3					

Bilaga 6

Abotalebidariasari, G.

Title Author Journal Country Year	Aim	Method	Analysis	Main Results	Study Quality
<p>Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory.</p> <p>Abotalebidariasari G, Memarian R, Vanaki Z, Kazemnejad A,</p> <p>Research and theory for nursing practice: An international Journal</p> <p>Iran</p> <p>2016</p>	<p>The aim of the study was to explore self-care motivation among patients with heart failure based on Orem's Theory.</p>	<p>Qualitative study based on 24 patients with heart failure. The data was collected with in-depth semi structured interviews. 3 of the patients' family members were also interviewed regarding patients motivation for self-care.</p>	<p>The interviews were transcript and analyzed, identified and coded. To summarize the data the codes were grouped in to categories based on similarities and differences among them.</p>	<p>Eleven primary codes were identified and summarized into sevens subcategories. The results described how patients experienced self-care related to the fear of death and how aggravating symptoms make patients feel hopeless regarding self-care. It's important to understand the value of self-care to be able to perform it. The patients found motivation for self-care from family support and the wish to be able to remain an independent individual.</p>	<p>High quality</p>

Falk, s.

Title Author Journal Country Year	Aim	Method	Analysis	Main Results	Study Quality
Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study Falk S, Wahn A-K, Lidell E, European Journal of Cardiovascular Nursing Sweden 2006	The aim of the study was to describe how individuals experience living with heart failure, and keeping maintenance in everyday life.	A qualitative study was made based on a phenomenography approach. The sample was selected from a heart failure clinic based on the following criterias: being able to speak Swedish, having strength to participate and a heart failure diagnosis. 17 participants, both men and women were selected. To gather the data, semi-structured interviews were used with open-ended questions. Two pilot studies were made to test how the participants understood the questions. The results were good and included in the analysis.	The data was tape recorded and transcribed verbatim. The data was reviewed separately so a data comparison could be made. The data was divided in to 345 statements. The statements were grouped into 14 subcategories and eventually five main categories.	Category number one described the perception of heart failure and how it is managed in everyday life. Category number two deal with the participants thoughts of life in both present and future. Category number three described the experience of self-management and the decisions every patient had to make to maintain self-management. Category number four explored the importance of the perception of illness and continuity. Category number five described the value of life and the importance of social circles for every patient.	High quality

Heo, S.

Title Author Journal Country Year	Aim	Metod	Analysis	Main Results	Study Quality
<p>Heart failure patients` perceptions on nutrition and dietary adherence.</p> <p>Heo S, Lennie T A, Debra K Moser D K, Okoli C,</p> <p>National Institutes of Health</p> <p>United states of America, Canada</p> <p>2009</p>	<p>The aim of the study was to explore the understanding every patient has of diet, dietary-recommendations and the impact food has on heart failure symptoms.</p>	<p>The study was based on a qualitative descriptive study design. The inclusion criteria involved heart failure diagnoses, NYHA 2–4 classification and ability to speak English. Participants were identified by a nurse and all 20 patients agreed to participate. Semi-structured interviews were performed.</p>	<p>Individual interviews were performed with the participants. The interviews were audio-taped and transcribed verbatim. The interviews were analyzed according to conventional content analysis. The data was coded and categorized into subcategories. Trustworthiness and credibility was discussed by the authors and the process was made independent.</p>	<p>The results highlighted the perception and the impact of food every individual with heart failure has. Many participants indicated lack of adherence regarding diet but had the understanding of impact food has on health and heart failure. Social impact played a major key on the adherence to eating healthy.</p>	<p>Middle quality</p> <p>The discussion about data was missing.</p>

Hopp, P F.

Title Author Journal Country Year	Aim	Method	Analysis	Main Results	Study Quality
<p>Life disruption, life continuation: Contrasting themes in the lives of African-American elders with advanced heart failure.</p> <p>Hopp F P, Thornton N, Martin L, Zalenski R,</p> <p>Social work in health care</p> <p>United States of America</p> <p>2012</p>	<p>The aim of the study was to explore how urban African-American elders experience advanced heart failure and strategies for coping with heart failure.</p>	<p>Qualitative study. The design of the study included both focus groups and individual in depth-interviews (45 minutes). Participants were aged 60 and above and had been diagnosed with heart failure. The participants were receiving care for advanced HF at a hospital in Detroit. The focus groups let the participants work together to interpret the meaning of heart failure. The interviews and focus groups meetings were recorded. To ensure the information from patients they had to finish a survey. 115 potential participants were contacted, 62 refused, 3 died, and 14 did not make it to appointments, 1 data point did not measure up. There were a total of 35 participants.</p>	<p>The analytic part of the study was based on thematic analysis. Thematic analysis was used to capture most information and data from both focus groups and interviews. Thematic analysis was made step-by-step. They used the Atlas-Ti version 5 software program for qualitative analysis. Themes were confirmed and theoretical saturation was made</p>	<p>Life disruption: Heart failure is seen as a sudden transition from a person's normal way of life. Some participants described little understanding of the term heart failure and symptoms. Self-care was used as an method to stay well.</p>	<p>Middle quality</p>

Nordgren, L.

Title Author Journal Country Year	Aim	Method	Analysis	Main Results	Study Quality
<p>An exploration of the phenomenon of formal care from the perspective of middle-aged heart failure patients</p> <p>Nordgren L, Asp M, Fagerberg I,</p> <p>European Journal of Cardiovascular nursing</p> <p>Sweden</p> <p>2006</p>	<p>The aim of the study was to explore and understand what formal care is and how middle-aged patients with heart-failure experience it.</p>	<p>A lifeworld perspective was used in the study, and the data was collected and analyzed through a phenomenological method. The patients had to be middle-aged, and diagnosed of moderate to severe heart failure, and to have been hospitalized due to heart failure. 7 patients were recruited to the study by a nurse at a heart failure clinic in Sweden. (4 men, 3 women).</p>	<p>Each patient was interviewed and tape recorded. The interviews were unstructured, to be able to express the experience of heart failure and formal care openly. The data was analyzed based on phenomenologic analysis.</p>	<p>Results were based on how patients with heart failure experience formal care. Patients felt that the disease and how to care for themselves was not well explained by carers and therefore caused resignation and defeat.</p>	<p>Middle quality</p> <p>Based on a low number of study participants.</p>

Rodriguez, KL.

Title Author Journal Country Year	Aim	Method	Analysis	Main Results	Study Quality
<p>“They diagnosed bad heart”: A qualitative exploration of patients’ knowledge about and experiences with heart failure</p> <p>Rodriguez K L, Appelt C J, Switzer G E, Sonel A F, Arnold R M</p> <p>Heart and Lung Journal</p> <p>United states of America</p> <p>2007</p>	<p>The aim of the study was to explore the knowledge patients have about heart failure and the understanding of the treatment recommendations and how they experienced heart failure.</p>	<p>Qualitative method. 361 patients were identified and sent emails to participate in the study. The data included 90 patients. Out of 90 potential participants 25 were randomly selected for semi structured interviews.</p>	<p>The semi structured interviews of the 25 participants lasted from 14 to 40 minutes. The interviews were audiotaped and transcribed. The grounded theory was used to examine the data. The data was coded and five categories were identified.</p>	<p>The first category presented the meaning of heart failure and the symptoms the participants had regarding their diagnosis. The second category presented life changing experiences from everyday life. The third category presented how recommendations are followed and the fourth category presented self-monitoring and self-management. The last category described feelings of uncertainty and further advanced care planning.</p>	<p>Middle quality</p> <p>The preunderstanding was not fully discussed in the study and the method was not clearly explained.</p>

Rogers, A.

Title Author Journal Country Year	Aim	Method	Analysis	Main Results	Study Quality
<p>A qualitative study of chronic heart failure patients' understanding of their symptoms and drug therapy</p> <p>Rogers A, Addington-hall J M, McCoy A S M, Edmonds P M, Abery A J, Coats A J S, Gibbs J S R,</p> <p>The European Journal of Heart Failure</p> <p>United Kingdom</p> <p>2001</p>	<p>The aim of the study was to explore how individuals with heart failure understood their symptoms and the medical treatment.</p>	<p>Qualitative study method. 37 patients were asked to participate in the study and 30 planned to be interviewed, but only 27. Patients were recruited to the study at the cardiology clinic in the hospital with NYHA 2-4 heart failure classification.</p>	<p>The data was tape recorded and transcribed verbatim. The transcripts were read several times, categorized into codes and compared to other interviews to find more themes and categories. The coding was made separately by the researchers.</p>	<p>The data generated 4 categories regarding medical treatment. The participants had knowledge regarding heart failure but did not understand the purpose of medication. Many felt conscious regarding the amount of pills and the high doses, many also felt reliance on the prescription of medicine. The participants were suffering from side-effects and had difficulty separating symptoms and side-effects.</p>	<p>High quality</p>

Scotto, C J.

Title Author Journal Country Year	Aim	Method	Analysis	Main Results	Study Quality
<p>The Lived Experience of Adherence for Patients with Heart Failure</p> <p>Scotto C J,</p> <p>Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation</p> <p>United states of America</p> <p>2005</p>	<p>The aim of the study was to explore the experience every individual had with heart failure and their attempts to adhere to the care.</p>	<p>Qualitative study based on 14 patients with heart failure that were attending a heart failure clinic. The participants were asked by a nurse at the clinic to participate and only two declined. Field notes were taken during the interviews.</p>	<p>A phenomenological approach was used. The interviews were audiotaped and transcribed and analyzed according to a method by Cohen. Significant phrases were identified and were categorized into themes. Data saturation was reached with 14 participants.</p>	<p>Researchers showed that adherence behavior is related to self-care behaviors. Adherence is dependent on how individuals accept the diagnosis heart failure. If there is no acceptance of the diagnosis, there is no adherence to self-care. Integration happened of self-care when the patients realized changes in health and acceptance of diagnose. The personal beliefs of every individual had a significant impact on how self-care was managed and the individuals' attitudes towards. To obtain self-care behaviors for the individual is the meeting with the health care professional a major part because health care professionals explain what self-management is. If it is not well interpreted by the patients adherence can be effected.</p>	<p>High quality</p>

Yu, D SF.

Title Author Journal Country Year	Aim	Method	Analysis	Main Results	Study Quality
<p>Self-care among older Chinese people with chronic heart failure: the roles of cognitive and psychosocial characteristics</p> <p>Yu D SF, Li P WC</p> <p>Journal of Geriatric Cardiology</p> <p>Hong Kong</p> <p>2016</p>	<p>The aim of the study was to explore how psychosocial factors and cognitive affect self-care of patients with heart failure.</p>	<p>Qualitative interview study. A sample of 30 participants with Chinese ethnicity. In-depth face to face individual interviews based on semi-structured interviews. The participants were recruited from the cardiology clinic in Hong Kong. Participants were diagnosed of having New York Heart Association (NYHA) Class II–IV.</p>	<p>Interviews were audio-taped and transcribed to manage the coding. Two authors analyzed the data by a content analysis method. Data credibility was obtained.</p>	<p>Three major categories were identified. The first category indicated that patients knowledge decide actions towards self-care. The second category described the psychological status of every individual with heart failure related to self-care. The last category described the social environments influence on the individuals' self-care.</p>	<p>Middle Quality</p> <p>The data collection and analysis was not well described in the study.</p>

Zambroski, C H.

Title Author Journal Country Year	Aim	Method	Analysis	Main Results	Study Quality
<p>Qualitative analysis of living with heart failure.</p> <p>Zamborski C H</p> <p>Heart & Lung: The journal of acute and critical care</p> <p>USA</p> <p>2003</p>	<p>The aim of the study was to describe the experience every individual has living with heart failure.</p>	<p>Participants were recruited from a hospital by a nurse. Eleven participants agreed and fulfilled the inclusion criterias diagnosed with heart failure, receiving medical treatment for symptoms, speaking English, and being over 40 years of age. The participants were interviewed. The interviews were based on a semi-structured interview guide.</p>	<p>The data was audio-taped and transcribed. The data was then coded and categories were developed. Three categories were found from the data analysis.</p>	<p>When the participants were diagnosed with heart failure they experienced turbulence which meant feeling frustrated and living scared. To manage the turbulence the individual must determen health status and will eventually find safe harbor by understanding the disease with the help of caregivers and family.</p>	<p>High quality</p>

