

# **Faktorer som påverkar egenvården hos personer som lever med hjärtsvikt**

**Noora Ali & Mikaela Gustafsson**

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats  
Omvårdnad  
Jönköping, augusti 2015

# Sammanfattning

Hjärtvikt är en vanligt förekommande kronisk sjukdom i Sverige som ger symtomen trötthet, andfåddhet och ben svullnader. Personers förmåga att utöva en god egenvård är en mycket viktig del, och kan öka livskvalitén och överlevnaden vid hjärtsvikt. Litteraturgenomgången tyder på att det hos vissa personer med hjärtsvikt finns en bristande förmåga att utöva egenvård. *Syfte:* Att beskriva och identifiera vilka faktorer som påverkar personers egenvård vid hjärtsvikt. *Metod:* En litteraturöversikt med kvalitativ ansats utfördes. Totalt 10 studier granskades och analyserades med hjälp av Fribergs femstegsmodell. *Resultat:* Ur granskningen och analysen kom fem subteman fram som sedan delades in i två huvudteman. Huvudteman blev sociala faktorer och hälsfaktorer. Resultatets underteman blev miljöfaktorer, erfarenhet och kunskap, relationer och stöd, emotionella uttryck samt fysiologiska faktorer. Några av de faktorer som redovisades i resultatets olika underteman var ålder, tillgänglighet, nedstämdhet och bristfällig kunskap, de faktorerna påverkade egenvården hos personer. *Slutsats:* Det är viktigt att som sjuksköterska vara medveten om att olika faktorer kan ha olika betydelse för personens egenvårds hantering, vikten av personcentrerad omvårdnad är tydlig

Nyckelord: hjärtsvikt, omvårdnad, egenvård, egenvårdshantering

# **Factors affecting self-care in person's living with heart failure**

**Noora Ali & Mikaela Gustafsson**

Thesis, 15 credits, bachelor thesis  
Nursing  
Jönköping, August, 2015

# Summary

Heart failure is a common chronic disease occurring in Sweden. Symptom that can arise is fatigue, shortness of breath and edema. The ability to practice a good self-care is a really important part and can increase the quality of life and the survival with heart failure. A review of previous studies suggests that some person's with heart failure have a lacking ability to practice an adequate self-care. *Purpose:* The purpose of the study is to describe and identify the factors that influence a person's self-care in heart failure. *Method:* A literature review with a qualitative approach was carried out. A total of 10 studies was reviewed and analyzed with the use of the five step-model created by Friberg. *Result:* Out of the survey and the analysis, five subthemes were found which later were divided into two themes. The themes that were created were social factors, and health factors. The subthemes of the result were factors in the environment, experience and knowledge, relations and support, emotional expression and physiological factors. Some of the factors that will be found in the subthemes are, age, availability, depression and lack of knowledge, which was factors that gave an impact to the self-care of a person. *Conclusion:* It is important as a nurse to be aware of the fact that different factors could have various meanings for a person's self-care management, the importance of person-centered-care is very clear.

Keywords: heart failure, self-care, nursing, self-care management

# Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| Inledning.....                             | 6         |
| Bakgrund.....                              | 6         |
| Syfte .....                                | 8         |
| Metod .....                                | 8         |
| <b>Forskningsetiska överväganden .....</b> | <b>10</b> |
| Resultat.....                              | 11        |
| <b>Sociala faktorer.....</b>               | <b>11</b> |
| <b>Hälsfaktorer .....</b>                  | <b>13</b> |
| Diskussion .....                           | 15        |
| <b>Metoddiskussion .....</b>               | <b>15</b> |
| <b>Resultatdiskussion .....</b>            | <b>16</b> |
| Slutsats .....                             | 17        |
| Kliniska implikationer.....                | 18        |
| Referenser.....                            | 19        |
| Bilaga 1 .....                             |           |
| Bilaga 2 .....                             |           |
| Bilaga 3 .....                             |           |

# Inledning

I Europa är kardiovaskulära sjukdomar den främsta dödsorsaken, över 4 miljoner människor dör varje år (Nichols et al., 2012). I Sverige drabbas cirka 2 % av befolkningen av hjärtsvikt, bland personer över 80 år är förekomsten cirka 10 % (RiksSvikt, 2014). I Sverige lever drygt 50 % av de personerna med hjärtsvikt i sex år med hjälp av läkemedelsbehandling, resterande 50 % uppskattas dö inom 1 år (Socialstyrelsen, 2007). Att tillgodose med verktyg som krävs till god egenvård är nödvändigt för att bevara personens hälsa och livskvalité (Grant & Graven, 2014). Att ge goda egenvårdsresurser ger förutsättning för personen till att behålla eller förbättra sin sjukdomsprognos. Personer med hjärtsvikt som har fått ingående information om sin sjukdom har bättre förutsättningar att utöva egenvård än andra (Vårdhandboken, 2013). Studier har visat att personer med hjärtsvikt ibland upplever svårigheter med att upptäcka och koppla symtom till hjärtsvikt, vilket tyder på en bristande egenvårdsförmåga (Cocchieri et al., 2015). Egenvård är en viktig faktor för personer med hjärtsvikt och det verkar finnas ett ökat behov av kunskap kring de faktorer som faktiskt påverkar personers förmåga att utöva egenvård.

## Bakgrund

### *Hjärtsvikt*

Hjärtsvikt är ett sjukdomstillstånd som delas in i två typer: diastolisk eller systolisk hjärtsvikt. Hjärtsvikt uppstår på grund av nedsatt hjärtmuskelfunktion. Det kan vara förändringar i själva muskeln, eller i lilla alternativt stora kretsloppet, orsaken kan vara hjärt- kärlsjukdomar som bl.a. hjärtinfarkt och hypertoni (Jurgens, Shurpin & Gumersell, 2010). Hjärtsvikt definieras enligt American Heart Association (2015) som ett tillstånd då hjärtat inte pumpar ut tillräckligt med blod ut till kroppen, detta gör att personen inte klarar av dagliga sysslor som att promenera, gå uppför trappor samt att bära matvaror. European society of cardiology (ESC) definierar hjärtsvikt som en avvikelse av hjärtats struktur eller funktion vilken leder till att hjärtats förmåga att transportera syre i tillräcklig hastighet minskar (McMurray et al., 2012). Hjärtsvikt är ett kroniskt tillstånd som inte går att bota men kan behandlas med olika strategier för att förbättra symptomen. Olika faktorer påverkar detta, t.ex. anhöriga, den sjuke personen och tillgång till sjukvård (American Heart Association, 2015). Sent diagnostiserad eller obehandlad person kan leda till försämrad prognos (Strömberg et al., 2003) eller tidigare död (Socialstyrelsen, 2007). Kliniskt definieras hjärtsvikt enligt ESC (McMurray et al. 2012) utefrån symptom såsom andfåddhet, svullna anklar och trötthet, enligt Haugland, Hansen och Areklett (2006) kan också förhöjt jugulärt venöst tryck, lungknaster och dislokiserade apex slag ses.

### *Omvårdnad & Personcentrerad omvårdnad*

Omvårdnad är sjuksköterskans huvudansvarsområde (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Omvårdnad innebär att hjälpa och stödja en människa att använda sina resurser att ta hand om sig själv, syftet är att uppnå hälsa och välbefinnande (Johannessen, 1996). Omvårdnaden styrs

av de fyra grundläggandesansvarsområden som sjuksköterskan har: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande. Omvårdnaden ska alltid ges med respekt för mänskliga rättigheter och vara oberoende av vem personen är (International council of nurses [ICN], 2012). Personcentrerad omvårdnad är det sättet sjukvårdspersonalen i Sverige arbetar liksom flera andra länder i Europa (Ekman et al., 2011). Personcentrerad omvårdnad innefattar individualitet och detta består av olika dimensioner; sociala och materiella behov, behovet att bli förstådd samt fysisk och emotionellt säkerhet (Slater, 2006). Ett personcentrerat arbetssätt innebär att sätta personens upplevelse av dennes aktuella livssituation och tillstånd i första hand (Ekman et al., 2011) samt att respektera individens autonomi, värdighet och privatliv (Ford & McCormack, 2000; McCormack, 2003). Dessa aspekter har under en längre tid varit en del av de etiska normer som krävs av hälso- och sjukvårdspersonalen och skall vara en konstant del av omvårdnaden (Slater, 2006).

### *Omvårdnad vid hjärtsvikt*

En god symptombehandling vid hjärtsvikt ger ökad livskvalitet (Jurgens, Shurpin & Gumer-sell, 2010). Det är viktigt att personer med hjärtsvikt får möjlighet till utbildning kring sitt tillstånd, att individ anpassa utbildningen har visat sig ge god effekt (Anderson, Deepak, Amoateng-Adjepong & Zarich, 2005). Personer som är engagerade i sin egenvård har visat sig ha minskad risk för dödlighet till följd av hjärtsvikt och har mindre risk för komplikationer. (Lee, Moser, Lennie & Riegel, 2011). Det är därför viktigt att personer med hjärtsvikt får lära sig att känna igen symptom, förstå sambandet mellan hälsobeteende och medicinering samt får en god uppföljning i hemmet (Anderson et al., 2005).

### *Egenvård*

Dorothea Orem (Wiklund & Lindwall, 2012) utvecklade 1956 grunden till sin egenvårdsteori, 1971 gav hon ut, Nursing concepts of practice där hennes egenvårdsteori beskrivs, boken har reviderats flera gånger under åren fram till den senaste upplagan 2001. Enligt Orem's teori om egenvård i Wiklund och Lindwall (2012) är människan kapabel till att bedöma och värdera sin situation för att kunna handla på ett sätt som blir bra. Egenvård kan handla om att ta hand om sig själv men även om att ta hand om närstående, en persons egenvårdskapacitet påverkar hälsan och syftar till att förebygga och motverka ohälsa. Människan lär sig under livet av sin omgivning hur och vilka aktiviteter som är positiva i syfte att upprätthålla hälsa och välbefinnande. När en människa själv eller med hjälp av närstående inte längre klarar av att utföra en tillräcklig egenvård så uppstår ett omvårdnadsbehov, sjuksköterskans uppgift blir då att stödja och lära patienten och/eller närstående att utöva egenvård. I Orem's teori om egenvård beskrivs tre varianter av ett omvårdnadssystem. Det finns det stödjande/undervisande systemet där personen själv kan klara av att utföra egenvårdsaktiviteter, sjuksköterskan fungerar då som ett stöd för personen i att utveckla sin förmåga till egenvård. Det finns också något som kallas ett fullständigt kompensande system, då personens egenvårdsförmåga behöver kompenseras alternativt inte alls fungerar. Däremellan finns det ett delvis kompensande system, då kan personen själv klara de flesta egenvårdsbehov själv, men kan behöva stöd sjuksköterska i vissa situationer. (Wiklund & Lindwall, 2012).

### *Egenvård vid hjärtsvikt*

Tidigare studier om egenvård vid hjärtsvikt har visat att följsamhet och egenvård vid hjärtsvikt påverkas av både yttre och inre faktorer hos en person (Strömberg, Broström, Dahlström & Fridlund, 1999). Strömberg et al. (1999) definierar vidare yttre faktorer som sociala relationer och aktiviteter, samt relationen till vårdpersonal och inre faktorer är en människas personlighet, hur denne påverkas av sjukdom och behandling.

Sverige har sedan många år fokuserat på vikten av egenvård och visar att sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningar har gett positiva effekter på patienters egenvård, minskat antal dagar på sjukhus och återinläggningar samt minskad dödlighet (Strömberg et al., 2003).

Europeiska rekommendationer för egenvård vid hjärtsvikt innefattar daglig motion, att utbilda patienter att känna igen tecken och symtom på försämring och att ha tillräcklig kunskap för att själva kunna ta beslut vid en försämring om när hälso- och sjukvårdspersonal bör kontaktas (McMurray et al., 2012). För att underlätta utövandet av egenvård för en person med hjärtsvikt är det av vikt att få lära sig hur de olika symtomen ter sig så att det blir lättare att urskilja dem från varandra (Jurgens et al., 2010). Cocchieri et al. (2015) synliggör att ett flertal patienter med hjärtsvikt upplever svårigheter med att fort upptäcka och koppla symptom till hjärtsvikt, merparten valde som åtgärd vid symptom att kontakta sina vårdkontakter såsom läkare och sjuksköterska. Svårigheter till att koppla symptom till hjärtsvikt kan bidra till att tiden förlängs tills dess att personer med hjärtsvikt söker vård (Sethares, Sosa, Fisher & Riegel, 2014). Cocchieri et al. (2015) beskriver de egenvårdsåtgärder som personer med hjärtsvikt inte utförde lika frekvent. Dessa var att väga sig dagligen eller regelbundet och regelbundet se över tecken på svullna anklar, studien visar dock att många var noga med ett restriktivt saltintag. Personers överlevnad och förmåga till egenvård kan förbättras av att gå på sjuksköterskebaserade hjärtsviktsmottagningar (Strömberg et al., 2003).

Litteraturgenomgången tyder på att det finns vissa brister i patienters egenvårdsutövande (Cocchieri et al., 2015; Sethares et al., 2014). Egenvårdsresurser ger förutsättningar till att göra de nödvändiga förändringarna för att förbättra livskvalitén hos personen. Erfarenheter påvisar att personer som deltar i sin fortsatta behandling, förutsatt att dem är väl informerade om sin sjukdom har goda förutsättningar till god egenvård (Grant et al., 2014; Strömberg, 2009).

## Syfte

Att beskriva och identifiera faktorer som påverkar personers egenvård vid hjärtsvikt

## Metod

För att besvara syftet utfördes en allmän litteraturöversikt med kvalitativ design. Syftet med att göra en litteraturöversikt är att skapa en översikt av problem i sjuksköterskans kompetensområde/verksamhetsområde samt att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område (Friberg, 2012).



### *Urval och datainsamling*

Först utfördes en fritextssökning för att få fram en överblick av tidigare kunskap inom ämnet samt för att få inspiration till utformning av sökord. Artiklar finns i olika tidskrifter och för att få en översikt och för att hitta dem enklare så används olika databaser (Karlsson, 2012). Databaser som användes i fritextsökningen var: Google, Cinahl, Pubmed och Medline. Ytterligare artiklar som användes i bakgrunden hittades genom referenslistor hos de artiklar som hittats via fritextsökningen. Efter att ha fått en bild av tidigare forskning utformades sökord för att utföra en avancerad sökning, sökorden riktades mot att innefatta hjärtsvikt, egenvård, förmåga, faktorer som påverkar och studier som gjorts med kvalitativa metoder eller med mixad metod. Söktabell finns i Bilaga 1. De databaserna som användes var Cinahl, PubMed och Medline. Dessa databaser valdes för att de innehåller material inom omvårdnad såväl som andra ämnen och innehåller referenser till mer än 3000 tidskrifter (Karlsson, 2012). Avgränsningar av sökningen gjordes via begränsningsfunktioner (Karlsson, 2012). Begränsningar för sökningen var: materialet skulle ha publicerats inom en tidsram på 10 år, det valdes med anledning att vetenskapligt material är en färsk vara (Östlundh, 2012). Peer reviewed valdes som begränsning i databasen Cinahl för att säkerhetsställa kvalitén på materialet (Karlsson, 2012). I Pubmed och Medline var det inte möjligt att ha peer reviewed som begränsning. Kvalitén av artiklar som kom från dessa två databaser säkerhetsställdes genom att gå till respektive artikels tidskrift och läsa vad varje tidskrift krav var för att acceptera och publicera forskning (Wallengren & Henricsson, 2012). I sökningarna användes booleska operatörer: AND, OR & NOT. AND används för att ge ett smalare urval, OR utvidgar sökningen och ger ett bredare urval och NOT används för att begränsa sökningen. Trunkering utfördes för att få ett större urval, att göra en trunkering innebär att slutet eller början av ett ord ersätts med en asterisk (Forsberg & Wengström, 2012). Inklusionskriterier för samtliga artiklar var att de skulle vara av kvalitativ ansats, endast resultat från personer med hjärtsvikt togs med, de skulle vara skrivna på engelska, och artiklarnas resultat skulle besvara syftet. Exklusionskriterier var anhörigas eller vårdpersonals perspektiv samt kvantitativa artiklar (Billhult & Gunnarsson, 2012). Vidare för att säkra kvalitén av litteraturöversikten kvalitetsgranskades artiklarna med hjälp av Hälsohögskolans kvalitetsbedömningsprotokoll (se bilaga 2) Krav för samtliga artiklar som skulle inkluderas i resultatet var att de skulle uppnå minst 7 av 8 poäng i del 2 av kvalitetsgranskningen. För att gå vidare till del 2 i granskningsprotokollet, krävdes det att artiklarna först skulle ha fått 4/4 poäng i del 1 i protokollet. Ur sökningarna som gjordes (se bilaga 1) lästes först abstract hos de artiklar som verkade handla om egenvård och hjärtsvikt. De artiklar vars metod var kvalitativ eller hade en mixad metod samt vars innehåll kunde tänkas besvara syftet i denna litteraturöversikt gick vidare till kvalitetsgranskning. Totalt kvalitetsgranskades 17 artiklar, varav 7 uteslöts då de inte kom upp i den poäng som satts som krav för att inkludera artiklar i litteraturöversikten. 10 artiklar användes till resultatet, artiklarna var från Irland, Kanada, Skottland och USA och redovisas i artikelmatrisen (se bilaga 3).

### *Dataanalys*

Dataanalysen utfördes enligt Fribergs femstegs modell (Friberg, 2012). Analysen genomfördes för att tolka, förstå och sedan kunna beskriva vad artiklarna ger för resultat. Detta gjordes genom att artiklarna lästes flera gånger av båda författarna för att få en djupare förståelse för helheten av artikeln. Båda författarna läste och granskade alla artiklar var för sig för att säker-

hetsställa att resultaten uppfattats rätt och att översättningen var korrekt, detta diskuterades sedan tillsammans (Forsberg & Wengström, 2012). Under hela processen var det viktigt att ha syftet i åtanke för att få ett resultat som endast besvarade syftet (Henricson & Billhult, 2012). Därefter utfördes en sammanställning av varje studies resultat där det togs stycken ut som svarade på examensarbetets syfte. Detta gjordes genom att det material i artiklarna som verkade besvara syftet markerades med överstryckningspennor i olika färger. Efter detta skrevs sammanfattningar av varje artikels resultat för att hitta faktorer. De olika artiklarna jämfördes sedan med varandra för att hitta likheter och skillnader avseende metod och resultat. Faktorer ur alla artiklar togs ut och målades på en tankekartor för att på ett enklare sätt få en överblick och för att se gemensamma nämnare och olikheter. Faktorer delades sedan in i subteman och därefter teman som valdes som metod för att sammanställa resultatet, därefter formulerades en text av den utförda analysen (Friberg, 2012).

## **Forskningsetiska överväganden**

När det gäller forskningsetik är Helsingforsdeklarationen central. Helsingforsdeklarationen utvecklades 1964 av The World Medical Association (WMA) och är välkänd inom de internationella riktlinjerna för forskningsetik. Helsingforsdeklarationen är avsedd för medicinsk forskning eller studier och står för att när syftet är att finna ny kunskap så ska det balanseras med att främja, respektera och skydda personen i studien (The world medical association, 2013). Gällande Svensk forskningsetik så regleras den av två lagar, etikprövningslagen och personuppgiftslagen, för att forskning ska godkännas måste det vetenskapliga värdet uppväga riskerna gällande hälsa, säkerhet och personlig integritet (Kjellström, 2012). Innan datainsamling till den här litteraturöversikten påbörjades så förekom reflektion kring om forskningsfrågan/syftet hade ett väsentligt värde och på vilket sätt (Wallengren & Henricsson, 2012). Då valet gjorts att göra en litteraturöversikt så skulle därmed inga människor riskeras att direkt komma till skada och syftet med studien förväntades kunna ge väsentlig kunskap kring personers förmåga till egenvård vilket gjorde att det ansågs att den aktuella forskningsfrågan har ett värde. Förhoppningen med examensarbetet var därmed att det skulle kunna vara till nytta för sjuksköterskor i praktiken, genom att ge en ökad förståelse för vilka faktorer som påverkar personers egenvård vid hjärtsvikt. Allt material som besvarade syftet togs med för att presentera resultatet korrekt sätt, intentionen var att inte utesluta något till resultatet oavsett om det var något som motsade vad vi förväntade oss (Forsberg & Wengström, 2012). Detta gjordes genom att båda författarna läste artiklarna var för sig för att sedan tillsammans gå igenom allt som framkommit i det lästa materialet. Sökningarna gjordes för att få ett så brett material som möjligt, vid genomläsning av artiklarna var det viktigt att vara säkra på att materialet förstods korrekt, då det enligt Wallengren och Henricsson (2012) finns en risk för misstolkning av materialet när de är skrivna på annat språk än läsarens. Det var viktigt att säkerhetsställa att de artiklar som inkluderades var godkända av en etisk kommitté alternativt att etiska överväganden gjorts noggrant (Forsberg & Wengström 2012). Det innebar att deltagarna i studierna skulle ha respekterats, inte skadats, fått korrekt information innan studien och därefter gett sitt medgivande (Wallgren & Henricsson, 2012). Förförståelsen som fanns innan arbetet var relativt liten, kunskapen som fanns var allmän kunskap kring omvårdnad vid hjärtsvikt och egen-

vård vid hjärtsvikt. Forsberg och Wengström (2012) beskriver förförståelse som de kunskaper som finns sedan tidigare inom det ämnet som det ska forskas på.

## Resultat

Resultatet baseras på 10 studier som granskats och bearbetats. Fynden som hittades är indelade i två huvudteman, sociala faktorer och hälsfaktorer. Sociala faktorer har tre underteman och hälsfaktorer har två. Teman och subteman presenteras i tabell 1. Resultatet visar att det finns flera faktorer som påverkar personers förmåga att utöva egenvård och att faktorer kan påverka personer med hjärtsvikt på olika sätt.

Tabell 1. Resultat

| Subteman               | Teman            |
|------------------------|------------------|
| Miljöfaktorer          | Sociala faktorer |
| Erfarenhet och kunskap |                  |
| Relationer och stöd    |                  |
| Emotionella uttryck    | Hälsfaktorer     |
| Fysiologiska faktorer  |                  |

### Sociala faktorer

#### Miljöfaktorer

I en persons miljö finns ett flertal saker som påverkar utövande av egenvård. Ekonomiska förutsättningar och tillgänglighet är faktorer i en persons miljö som visat sig påverka egenvården hos personer med hjärtsvikt. Skarperdas et al. (2014) påvisar i sin studie att brist på tillgång och möjlighet att kontakta vårdpersonal vid förvärrade symptom är en faktor som påverkar och kan bidra till att personer söker sjukvård akut istället för att hantera och behandla symtom i hemmet. Även Woda, Belknap, Haglund, Sebern och Lawrence (2015) uppmärksammar i sin studie att tillgång är viktigt i miljön kring personen, genom att personers följsamhet till dietrestriktioner påverkas av och kan försvåras av att inte ha en matbutik i närheten av hemmet. Följsamheten kan försvåras ytterligare av att ha närmare tillgång till snabbmat och godisautomater, dessa kan upplevas ha en lägre kostnad och då vara mer gynnsamma för ekonomin. Seto et al. (2011) påvisar att ekonomiska begränsningar och förutsättningar är en faktor som påverkar personers egenvård vid hjärtsvikt, genom att personer kan

begränsas på olika sätt av att ha en låg inkomst. Det kan innebära att inte ha råd eller anse sig ha råd att köpa den utrustning som kan komma att behövas kring egenvård vid hjärtsvikt samt att inköp av hälsosam kost påverkas, det framkommer även liknande resultat i studier gjorda av Jowsey, Pearce-Brown, Douglas och Yen (2011) och Woda et al. (2015). Jowsey et al. (2011) påvisar att upplevelsen av att inte ha de ekonomiska förutsättningar som krävs för att upprätthålla egenvård kan leda till att motivation för att utföra egenvård minskar. Enligt studien av Woda et al. (2015) är inte tillgänglighet och ekonomiska begränsningar en avgörande faktor för att hämma egenvårdsutövande, en del personer med lägre inkomst väljer att handla och laga hälsosam kost tillsammans.

### *Erfarenhet och kunskap*

I studien av Jowsey et al. (2011) framkommer det att personer som blir informerade kring sitt sjukdomstillstånd och får kunskap om vad som krävs för att utföra egenvård har visat sig få ökad motivation till att engagera sig för det. Tully, Morgan, Burke och McGee (2010) påvisar att information kring sitt sjukdomstillstånd ibland kan upplevas överväldigande, liknande syns i studien av Jowsey et al. (2011). Upplevelsen av att ha fått bristfällig information eller att inte ha tillräckligt med kunskap kan ge upphov till osäkerhet och rädsla inför att utöva egenvård (Fairbrother et al., 2013; Riegel, Vaughan Dickson, Goldberg & Deatrack 2007; Seto et al. 2011). Studien av Riegel et al. (2007) visar att de känslorna sedan kan leda till att en person inte utför egenvårdsåtgärder korrekt, vilket också studien av Seto et al. (2011) visar. En brist på kunskap kring egenvård vid hjärtsvikt kan resultera i att en person inte ser någon nytta med att ta mätvärden eftersom denne sen inte vet hur värdena ska tolkas (Seto et al., 2011). Enligt Tully et al. (2010) hjälper kunskap och information som anpassas efter personers individuella kunskapsbrister dem att hantera sitt sjukdomstillstånd och ger generellt en ökad livskvalité. I studien av Fairbrother et al. (2013) beskrivs att få information i form av mätvärden som en gynnsam faktor för att upprätthålla hälsa. Att uppleva en känsla av att ha tillräckligt med kunskap kan enligt studien av Jowsey et al (2011) ge en positiv inställning till att optimalisera sin egenvård och upprätthålla hälsa. I studien av Lockhart, Foreman, Mase och Heisler, (2014) beskrivs möjligheten till utbyte kunskap och erfarenheter med andra hjärtsviktsdiagnostiserade personer, som en ytterligare en faktor som kan bidra till mer effektiv hantering av att leva med hjärtsvikt samt hjälpa att uppnå egenvårdsmål. Riegel et al (2007) påvisar att personer som tidigare har vårdat en närstående med hjärtsvikt eller levt med sjukdomen en längre tid i vissa fall är mer engagerade och klarar bättre av att utföra sin egenvård.

### *Relationer och stöd*

Känslan av och att få stöd är en viktig faktor i utövandet av egenvård (Lockhart et al., 2014; Riegel, Vaughan Dickson, Kuhn, Page, & Worall-Carter, 2010b; Skarperdas et al., 2014; Woda et al., 2015). I en studie av Lockhart et al. (2014) beskrivs känslomässigt stöd vara positivt och viktigt, Woda et al. (2015) påvisar liknande resultat. Woda et al. (2015) påvisar att det utöver känslomässigt stöd, anses vara hjälpsamt att få stöd med olika saker i vardagen, även att bli påmind om att ta medicin och gällande kostrestriktioner upplevdes underlätta egenvårdsutövandet. Skarperdas et al. (2014) har kommit fram till liknande samt att det är av

vikt att få informerande stöd från någon som också för personens talan. Riegel et al. (2007) har fått fram att personer med gott stöd och engagerade familjemedlemmar har bättre förutsättningar för att utöva en god egenvård än de som inte har det. Jowsey et al. (2011) visar på att viljan att inte känna sig som en börda för sina anhöriga kan göra personer mer motiverade att vara självständiga i sin egenvård. Umgänge med vänner beskrivs i studien av Woda et al. (2015) som en faktor som upplevs vara gynnsam då det är en källa till glädje och avslappning. Relationen till vårdpersonal kan enligt studien av Tully et al. (2011) betyda mycket och har haft goda effekter för personer i hjärtsviktsprogram, enligt Jowsey et al. (2011) är relation till vårdpersonal också en källa till motivation för engagemang i egenvård. Upplevelsen av att inte få personcentrerad vård kan enligt vad Skarperdas et al. (2014) kommit fram till, begränsa personers förmåga att utöva eller delta i egenvård, studien visar också att stöd från annan sjukvårdspersonal kan komplettera detta. Enligt studien av Riegel et al. (2007) kan personer som inte har lämpligt stöd uppleva känslor av isolering och ha svårigheter att hantera sin dagliga vård. Liknande visas av Skarperdas et al. (2014) som påvisar att bristande kontinuerligt stöd är en faktor som begränsar personers förmåga att utföra egenvård och leder till att de inte vet vem de ska kontakta vid försämring. Enligt studien av Tully et al. (2011) kan känslan av att vara överflödig och isolerad minska genom möjligheten att få träffa andra personer med hjärtsvikt, även Lockhart et al. (2014) har påvisat att det ger positiva effekter. Det framkommer i studien av Seto et al. (2011) att lägre tilltro till sin förmåga att utöva egenvård syns och påverkas negativt vid sämre mående, Lockhart et al. (2014) påvisar att samtal och att få råd av andra personer med hjärtsvikt kan ge ökat självförtroende att utföra vardagliga aktiviteter.

## Hälsofaktorer

### *Emotionella uttryck*

Psykiska symtom kan försvåra för personer att ta emot resurser och hantera sin hjärtsvikt, i studien av Skarperdas et al. (2014) framkommer det att hantering av psykiska besvär ibland kan ha högre prioritet än att hantera sin hjärtsvikt. Depressiva symtom påverkar personers förmåga till egenvård negativt genom att personen inte orkar utöva egenvårdsåtgärder (Woda et al., 2015) och kan enligt studien av Riegel et al (2007) minska motivationen för att utöva egenvård. Studien av Lockhart et al. (2014) visar liknande, på så vis att depressiva symtom kan hämma personer från att delta i gruppssessioner i egenvård, men de kan också ge motivation till att ta emot stöd. Enligt studien av Woda et al. (2015) kan de depressiva symtomen motverkas av sociala interaktioner med vänner. Känslor av hopplöshet kan uppkomma av att den psykiska hälsan påverkas negativt och kan vara en barriär mot att utöva egenvård visar studien av Skarperdas et al. (2014). Att känna rädsla inför komplikationer, sämre mående eller att dö kan enligt studien av Jowsey et al. (2011) ge upphov till känslor av uppgivenhet samt nedstämdhet och kan minska motivationen för engagemang i egenvård. Lockhart et al. (2014) påvisar att rädsla också kan verka som en motiverande faktor till att utöva egenvård, vilket också studien av Jowsey et al. (2011) visar. Att känna ilska inför sin hjärtsvikt framkommer

endast i studien av Riegel et al. (2010b), känslan av ilska kan leda till sämre utövande av egenvård. I studien påvisas att ilska har framkommit hos yngre män med hjärtsvikt, och det handlar inte alltid om okunskap kring vilka livsstilsfaktorer som är viktiga vid hjärtsvikt eller problem att känna igen symtom på försämring. Ilskan de känner är en faktor som bidrar till att de inte avstår från saker i sin livsstil som har en icke gynnsamma påverkan vid hjärtsvikt och leder också till att de tar längre tid på sig att agera på symtom.

### *Fysiologiska faktorer*

Studien av Riegel et al. (2010a) visar att ålder är ytterligare en faktor som påverkar och kan ha betydelse för förmågan att utföra egenvård. Äldre personer med hjärtsvikt har ibland svårigheter att koppla symtom på hjärtsvikt till att faktiskt vara relaterade till hjärtsvikt, de med andra sjukdomar kopplar ibland symtom till dessa istället. Vidare beskrivs av Riegel et al. (2010a) att vara äldre är en faktor förknippad med att ha en mer positiv upplevelse av diagnosen än vad yngre personer med hjärtsvikt har. Yngre personer med hjärtsvikt har å andra sidan lättare att känna igen symtom och härleda dem till hjärtsvikt utan hjälp från vårdpersonal, men de kan därefter ha svårt att tolka betydelsen av symtomen. En faktor som kan vara bidragande till att öka yngre personers förmåga att känna igen symtom är en upplevd negativ livspåverkan av hjärtsvikten (Riegel et al., 2010a). I studien av Riegel et al. (2010b) tas könsskillnader upp hos personer med hjärtsvikt. I studien finns det inga tydliga skillnader mellan män och kvinnors sätt att upprätthålla egenvård, däremot kan det finnas olikheter i deras upplevelse av att utöva och fatta beslut kring egenvård. Män upplever sig vara bra på att tolka symtom vid hjärtsvikt korrekt samt agera påbörja behandling, samtidigt som de oftare behöver stöd från sina anhöriga. Kvinnor kan uppleva sig ha svårare att tolka symtom och upplever sig ibland ha sämre socialt stöd vilket kan leda till social isolering. Studien av Riegel et al. (2007) visar att ha en nedsatt kognitiv förmåga och att känna sig överdrivet trött på dagarna är hos personer med hjärtsvikt förknippat med att utöva egenvård sämre. Lockhart et al. (2014) kom fram till att en låg funktionell hälsostatus kan bidra till att personer inte orkar delta i egenvårdsprogram som erbjuds.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Litteraturöversikten baserades på redan befintliga studier eller forskning för att få överblick över kunskapsområdet och vad som tidigare har studerats inom specifikt område (Friberg, 2012). Utefter syftet som var att beskriva faktorer som påverkar egenvården hos personer med hjärtsvikt genomfördes granskning av artiklar med kvalitativ samt mixad metod. I början av processen gav de sökningar som gjordes inte material som besvarade syftet, olika sökningar formulerades under arbetets gång. Vissa sökningar som gjordes var alltför avancerade och felriktade och gav inget relevant resultat vilket ledde till att processen att samla data till resultatet förlängdes. En svaghet i examensarbetet är just att det var svårt att få till sökningarna i början av processen vilket gjorde att det blev mer tidspressat och kan ha påverkat litteraturöversiktens kvalitet genom att relevant material kan ha missats (Henricson, 2012). Denna svaghet har ett samband med att det var första gången som båda författarna skrev en uppsats på kandidatnivå (Wallengren & Henricson, 2012). Inför framtida uppsatser eller vetenskapliga studier finns den erfarenheten med, och främst datainsamlingen skulle då göras mer effektiv. Styrkor i arbetet är att det lades stor vikt och mycket tid på analysen av de utvalda studierna, för att kunna ge ett så trovärdigt resultat som möjligt. För att stärka trovärdigheten och pålitligheten lästes och granskades litteraturöversikten av personer med tidigare erfarenheter av att skriva kandidatuppsatser inom omvårdnad och andra ämnen, detta för att säkerhetsställa att materialet går att förstå och att teman och underteman i resultatet överensstämmer (Wallengren & Henricson, 2012). Det fanns en studie som inkluderades till resultatet där det inte fördes ett tillräckligt etiskt resonemang och där det inte heller stod något om att studien fått ett godkännande av en etisk kommité. För att ändå kunna inkludera studien gick vi till tidskriften som publicerat studien och läste vad de hade för etiska krav på de studier de publicerade. Tidskriften krävde att studier som publicerades där höll en hög etisk standard och var utförda i enlighet med Helsinkideklarationen i de fall där studierna innefattar människor (The world medical association, 2012). Förförståelsen innan arbetet beskrevs som relativt liten, vissa saker i resultatet var ändå överaskande, som att vissa yngre män utövar sämre egenvård, detta insåg vi i efterhand att vi nog ändå haft en viss förförståelse eller uppfattning om (Forsberg & Wengström, 2012). Huruvida förförståelsen påverkat uppsatsen är svårt att säga. Det kan både vara på så sätt att om förförståelsen vart större kunde sökningarna riktats åt något specifikt håll vilket kunnat minska arbetets trovärdighet, å andra sidan hade det kunnat vara en fördel också genom att det i så fall skulle funnits en tydligare blick över vad som söktes. Att artiklar lästes på Engelska, fanns det i tidigt skede av uppsatsen en medvetenhet om att det skulle kunna påverka uppsatsens resultat och trovärdighet, att språket kan påverka beskrivs också av Wallengren och Henricson (2012). Ansträngningar har gjorts för att undvika att språksvårigheter påverkar litteraturöversikten, detta genom att båda författarna läst artiklarna flera gånger och använt lexikon för att få en korrekt översättning. Materialet har sedan diskuterats för att säkerhetsställa att båda uppfattat det rätt, att båda författarna läser och granskar allt material var för sig ökar trovärdigheten enligt Wallengren och Henricson (2012). Det finns trots detta

ändå en risk att resultatet påverkats. Svagheter i resultat är att de studier som hittats innehåller fler antal män än kvinnor, det är en svaghet för att det kan finnas risk för att faktorer som påverkar kvinnors förmåga till egenvård missats. Samma två författare har skrivit 3 av resultatets artiklar, det skulle kunna ha påverkat resultatet genom att författarna grundar sin forskning på erfarenheter från tidigare studier. Sannolikt har båda artikelförfattarna mycket förförståelse inom ämnet och kanske även liknande förförståelse. Enligt Wallengren och Henricson (2012) kan trovärdigheten och pålitligheten av ett arbete ökas av att det finns flera författare med, vilket det gör i de tre artiklarna, medförfattarna varierar i de olika artiklarna vilket kan öka trovärdigheten. Litteraturöversiktens resultat baseras på studier gjorda i Irland, Kanada, Skottland och USA, då studierna är gjorda i länder med liknande vårdssystem som Sverige finns det möjlighet att resultatet kan överföras till svensk sjukvård. De faktorer i litteraturöversiktens resultat som endast finns med i en av studierna har något mindre överförbarhet på grund av det och behöver mer forskning på.

## Resultatdiskussion

Resultatet visar att flera faktorer både samverkar och påverkar förmågan till egenvård för personer med hjärtsvikt. Det hittades under litteratursökningen att det fanns en kunskapsbrist avseende egenvård hos flertalet personer med hjärtsvikt som kunde påverka förmågan till egenvård. Kunskap är en faktor som förekommer flera gånger i de flera av de studier som granskats. Kunskap är en viktig faktor i egenvård, då brist på kunskap kan leda till att personer undlät sig att utföra egenvårdsåtgärder på grund av att de inte såg någon vinst med det. Det kan också leda till att känslor av oro uppkommer i samband med osäkerhet kring fysisk aktivitet och osäkerhet kring att ta beslut. Att få kunskap kring mätvärden är viktigt i vissa fall för att bibehålla hälsa. Ökad kunskap ger även personer en positiv inställning till att optimalisera och ta större kontroll över sin egenvård och hälsa. Litteraturöversikten visade också att en del personer utövar egenvård sämre på grund av brist på kunskap. Baker et al. (2005) påvisar i sin studie att personer som inte vet vilka symtom som är viktiga att känna igen utövar en sämre egenvård och de som blivit informerade och tagit till sig kunskap om vad som innefattar egenvård visar en bättre förmåga att både utöva egenvård samt har oftare egenvårdsmaterial hemma. Brist på kunskap kan enligt litteraturöversikten i vissa fall leda till att känslor av oro uppkommer i samband med osäkerhet kring fysisk aktivitet och osäkerhet kring att ta beslut. Till följd av det så vet vi att acceptansen av faktorerna varierar från person till person, detta beskrivs även i Orem's egenvårdsteori i Wiklund och Lindwall (2012). Vidare beskrivs egenvårdsteorin tala om att individens hantering av sin egenvård kan bero på olika faktorer såsom människan, miljön, omvårdnad och hälsan. Dorothea Orem menar att människan är kunnig och kapabel men behöver lära sig återupprätta egenvårdskapaciteten. Avseende miljö, menar hon att samhället påverkar individens hälsa och ohälsa. Omvårdnad menar hon är stöd från familj/vänner, hälsan innebär att ha ett holistiskt synsätt. I vissa fall kan ökad kunskap ge personen en positiv inställning till att optimalisera och ta större kontroll över sin egenvård och hälsa (Wiklund & Lindwall, 2012). Det som Orem uttryckte kring egenvård stämmer ganska bra överens med vad vi kommit till i vårt resultat, att egenvårdshantering är något som skiljer sig från person till beroende på flera olika faktorer. Resultatet belyser vidare att det är viktigt



att anpassa kunskap och information efter de faktiska brister personer har. Studien av Slater (2006) påvisar att ge anpassad kunskap och vård individuellt är att ge personcentrerad omvårdnad. I Sverige är personcentrerad omvårdnad det förhållningssättet vårdpersonal ska ha (Ekman et al., 2011). Kunskap beskrevs också kunna bli överväldigande vilket kan bero på olika saker, men stärker vikten av att arbeta personcentrerat. Kunskap kan komma från olika källor, både från information från vårdpersonal eller läkare, men också erfarenheter av att tidigare ha vårdat en närstående med hjärtsvikt kan vara en värdefull erfarenhet och öka engagemang att utföra egenvård.

Faktorerna ekonomi, ålder och könsskillnader gav en positiv samt negativ påverkan på personens egenvård. Enligt vårt resultat är högre ålder förknippat med sämre förmåga till egenvård. Det är motsatt till vad Heo, Moser, Lennie, Riegel och Chung (2008) visar i sin studie, där högre ålder är förknippat med bättre egenvårdsbeteende. Enligt vårt resultat verkar det finnas vissa könsskillnader, i synen på egenvårdshantering olika hos män och kvinnor, specifikt i beslutsfattandet. Män kan uppleva sig vara bättre på att tolka symtom på hjärtsvikt korrekt och är mer självständiga i att fatta beslut om att behandla symtom vilket kvinnor kan ha svårare till. Män som har en aktiv roll i sin egenvård beskrivs i en annan studie ta självständiga beslut gällande egenvårdsåtgärden såsom symtomhantering. I en studie av Vaughan Dickson, Worrall-Carter, Kuhn och Riegel (2011) beskrivs kvinnor som tar en aktiv roll i sin egenvård vara mer benägna att konsultera och samarbeta med vårdpersonal för att fatta beslut kring egenvård. Resultatet visar att ett flertal yngre män i en studie var sämre på att upprätt hålla sin egenvård. De yngre männen som inte upprätthöll en god egenvård kände ilska över att leva med hjärtsvikt. Trots kunskap om vilka livsstilsfaktorer som är viktiga att anpassa vid hjärtsvikt och kunskap kring hjärtsviktssymtom, så valde de att ignorera dessa. Lee et al. (2015) påvisar i sin studie både att män uttrycker att de är sämre på att konsultera om egenvård samt att högre utbildning är associerat med att vara sämre på att söka rådgivning för att utöva egenvård

## Slutsats

Ett flertal olika faktorer påverkar hur personer utövar egenvård och hur mycket de engagerar sig i sin egenvård. Faktorer som motiverar en person kan minska en annan persons motivation. Olika faktorer påverkar också och samverkar med varandra. För att lära ut och handleda personer i egenvård vid hjärtsvikt behövs en god personcentrerad omvårdnad, det kan vara av vikt att sjuksköterskan tar reda på hur personen resonerar och vilka faktorer som påverkar just den personens förmåga till egenvård. I artiklarna kom de fram till olika faktorer varav dem flesta gav positiva eller negativ verkan på egenvården. Detta pga. att alla vi människor är olika och vi värdesätter olika, exempelvis kan stöd från familjen i vissa fall vara positivt och i andra fall negativt då inte alla har nära familj som bryr sig om dem. Vissa yngre män utövar egenvård sämre, det vore intressant att gå djupare in på kunskapsläget angående yngre mäns upplevelse av att leva med hjärtsvikt. Mer kunskap om egenvård vid hjärtsvikt behövs då en del personers egenvård påverkades negativt på grund av brist på kunskap om sjukdomen. För att kunna ge de resurser som krävs och i förlängningen öka livskvalitén och överlevnaden för

personer med hjärtsvikt ytterligare, så behövs det mer forskning med riktning mot de personer som utövar sämre egenvård och kring de faktorer som påverkar

## **Kliniska implikationer**

Hjärtsvikt går att förebygga med hjälp av olika faktorer såsom motivation, informationsgivning, stöd från familj och vänner samt från sjukvårdspersonalen. Därför är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om sjukdomen för att kunna leda personer till förbättrad egenvård. Genom att ha kunskaper inom hur eller vad som leder till försämrat tillstånd, blir personen mer mottaglig för förändring och kan därmed hantera situationen på ett bättre sätt. Informationsgivning ger en klar egenvårds förbättring vilket innebär att det bör tillämpas i omvårdnaden. Det förekommer faktorer som är individuella liksom könsskillnaderna och därför är det viktigt att sjuksköterskan utgår från en personcentrerad omvårdnad. Detta för att utgå från personens individuella behov samt att personen får möjlighet till att främja sin hälsa i större utsträckning

## Referenser

American Heart Association. (2015). *About heart failure*. Hämtad 25 maj, 2015, från [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/About-Heart-Failure\\_UCM\\_002044\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/About-Heart-Failure_UCM_002044_Article.jsp)

American Heart Association. (2015). *Prevention & Treatment of Heart Failure*. Hämtad 25 maj, 2015, från [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/PreventionTreatmentofHeartFailure/Prevention-Treatment-of-Heart-Failure\\_UCM\\_002048\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/PreventionTreatmentofHeartFailure/Prevention-Treatment-of-Heart-Failure_UCM_002048_Article.jsp)

Andersson, C., Deepak, B.V., Amoateng-Adjepong, Y., & Zarich, S. (2005). Benefits of comprehensive inpatient education and discharge planning combined with outpatient support in elderly patients with congestive heart failure. *Congestive heart failure*, 11(6), 315-321. doi: 10.1111/j.1527-5299.2005.04458.x

Baker, D. W., Asch, S. M., Keesey, J. W., Brown, J. A., Chan, K. S., Joyce, G., & Keeler, E. B. (2005). Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. *Journal of cardiac failure*, 11(6), 405-413. doi: 10.1016/j.cardfail.2005.03.010.

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.305-314). Lund: Studentlitteratur.

Bloomfield, P., Bradbury, A., Grubb, N.R. & Newby, D.E. (2006) Cardiovascular disease. I J.A.A. Hunter (Red.), *Davidson's principles and practice of medicine* (519-646). China: Elsevier.

Cocchieri, A., Riegel, B., D'Agostino, F., Gennaro, R., Fida, R., Alvaro, R., & Vellone, E. (2015). Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self care. *European journal of cardiovascular nursing*, 14(2), 126-136.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrandt Sunnerhagen, K. (2011). Person- centered care - Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Fairbrother, P. Ure, J. Hanley, J. McCloughan, L. Denvir, M. Sheikh, A., & McKinstry, B. (2013). Telemonitoring for chronic heart failure: the views of patients and healthcare professionals – a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 23, 132-144. doi: 10.1111/jocn.12137

- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats*. (s.133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Ford, P & McCormack, B (2000). Keeping the person in the centre of nursing. *Nursing Standard*, 14(46), 40–44.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2012). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Haugland, T., Hansen, I. & Areklett, E.(2006) Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H, Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad I* (s.410-445). Stockholm: Liber.
- Go, A. S., Mozzafarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Blaha, M. J., ... Turner, M. B. (2014) Heart disease and stroke statistics - 2014 update a report from the american heart association. *Circulation*, 129(3), 28-292.
- Grant, J. S. & Graven, L. J (2014). Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review. *International journal of nursing studies*, 51, 320-333.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Riegel, B., & Chung, M. L. (2008). Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International journal of nursing studies*, 45(12), 1807-1815. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.008
- International council of nurses, ICN. (2012). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm, svensk sjuksköterskeförening.
- Johannessen, B. (1996). *Förebyggande omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Jowsey, T. Pearce-Brown, C. Douglas, K. A., & Yen, L. (2011). What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in self-management behaviour. *Health expectations*, 17, 267-277. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00744.x.
- Jurgens, C-Y. Shurpin, K-M., & Gumersell, K-A. (2010). Challenges and strategies for heart failure symptom management in older adults. *Journal of gerontological nursing*, 36(11), 25-33.

- Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Laribi, S., Aouba, A., Nikolaou, M., Lassus, J., Cohen-Solal, A., Plaisance, P., ... Mebazaa, A. (2012). Trends in death attributed to heart failure over the past two decades in Europe. *European journal of heart failure*, 14(3), 234-239.
- Lee, C. S., Gellow, J. M., Mudd, J. O., Green, J. K., Hiatt, S. O., Chien, C., & Riegel, B. (2015). Profiles of self-care management versus consulting behaviors in adults with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*, 14(1), 63-72. doi: 10.1177/1474515113519188.
- Lee, C. S., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Riegel, B. (2011). Event-free survival in adults with heart failure who engage in self-care management. *Heart & Lung: The journal of acute and critical care*, 40(1), 12-20.
- Lockhart, E., Foreman, J., Mase, R., & Heisler, M. (2014). Heart failure patients' experience of a self-management peer support program: A qualitative study. *Heart & Lung: The journal of acute and critical care*, 43(4), 292-298. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.04.008.
- McCormack, B (2003). Researching nursing practice: Does person-centredness matter? *Nursing Philosophy* 4: 179–188
- McMurray, J.J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein K., ... Zeiher, A. (2012). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European heart journal*, 33(14), 1787-1847. doi:10.1093/eurheartj/ehs104
- Nichols, M., Townsend, N., Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., Scarborough, P., & Rayner, M. (2012). European cardiovascular disease statistics 2012. *European heart network*, Hämtad 10 april från <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>
- Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Cameron, J., Johnson, J. C., Bunker, S. Page, K., & Worrall-Carter, L. (2010a). Symptom recognition in elders with heart failure. *Journal of nursing scholarship*, 42(1), 92-100. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01333.x
- Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Goldberg, L. R., & Deatrck, J. A. (2007). Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. *Nursing research*, 56(4), 235-243.

Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Kuhn, L., Page, K., & Worall-Carter, L. (2010b). Gender specific barriers and facilitators to heart failure self-care: A mixed methods study. *International journal of nursing studies*, 47(7), 888-895. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.12.011

RiksSvikt (2014). Årsrapport 2014. Hämtad 22 augusti, 2015, från [http://www.ucr.uu.se/rikssvikt/index.php/presentationer/cat\\_view/20-presentationer/31-arsmote-2015](http://www.ucr.uu.se/rikssvikt/index.php/presentationer/cat_view/20-presentationer/31-arsmote-2015)

Sethares, K. A., Sosa, M-E., Fisher, P., & Riegel, B. (2014). Factors associated with delay in seeking care for acute decompensated heart failure. *Journal of cardiovascular nursing*, 29(5), 429-438. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182a37789

Seto, E., Leonard, K. J., Cafazzo, J. A., Masino, C., Barnsley, J., & Ross, H. J. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. (2011). *Journal of cardiovascular nursing*, 26(5), 377-385. doi:10.1097/JCN.0b013e31820612b8

Skaperdas, E., Tuepker, A., Nicolaidis, C., Robb, J. K., Kansagara, D., & Hickam, D. H. (2014). Congestive heart failure self-management among US veterans: The role of personal and professional advocates. *Patient education and counseling*, 95 (3), 371-377. doi:10.1016/j.pec.2014.03.002.

Slater, L (2006). Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse: a Journal for the Australian Nursing Profession*, 23 (1), 135-44.

Socialstyrelsen (2007). Sjukskrivning vid hjärtsvikt. Hämtad 25 maj, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/hjartsvikt>

Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Ryan, R. M. (2015). Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*. Prepublished online. doi: 10.1177/1474515115572047

Strömberg, A. (2009). Cirkulation. I A-K Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa*. ( 1. Uppl., s.250-279)

Strömberg, A., Broström, A., Dahlberg, U., & Fridlund, B. (1999). Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: A critical incident technique analysis. *Heart and lung: the journal of acute and critical care*, 28(5), 334-341.

Strömberg, A., Mårtensson, J., Fridlund, B., Levin, L-Å., Karlsson, J-E., & Dahlström, U. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behavior in patients with heart failure. *European heart journal*, 24(11), 1014-1023. doi:10.1016/S0195-668X(03)00112-X

Svensk sjuksköterske förening. (2009). Sjuksköterskans profession. Hämtad 20 april 2015.

The world medical association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 22 augusti, 2015 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Tully, N. E. Morgan, K. M. Burke, H. M., & McGee, H. M. (2010). Patient experiences of structured heart failure programmes. *Rehabilitation research and practice*, 2010, 1-6. doi: 10.1155/2010/157939.

Vaughan Dickson, V., Worall-Carter, L., Kuhn, L., & Riegel, B. (2011). Whose job is it? Gender differences in perceived role in heart failure self-care. *Journal of nursing health of chronic illness*, 3(2), 99-108. doi: 10.1111/j.1752-9824.2011.01084.x

Vårdhandboken. (2013). *Bemötande i vård och omsorg, patientperspektiv- Målet är ökad patientcentrering*. Hämtad 22 augusti, 2015 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-var-d-och-omsorg-patientperspektiv/Malet-ar-okad-patientcentrering/>

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.480- 496). Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier I klinisk praxis*. Natur & Kultur: Stockholm.

Woda, A., Belknap, RA., Haglund, K., Sebern, M., & Lawrence, A. (2015). Factors influencing self care behaviors of African americans with heart failure: A photovoice project. *Heart and lung: the journal of acute and critical care*, 44(1), 33-38.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2.Uppl. s.57-79). Lund: Studentlitteratur.





# Bilagor

## Bilaga 1.

### Översikt av artikelsökningar

| <b>Cinahl Datum</b> | <b>Sökord</b>  | <b>Antal träff</b> | <b>Lästa rubrik</b> | <b>Lästa abstract</b> | <b>Antal valda</b> | <b>Kvalitetsgranskning</b> |
|---------------------|--|--------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|----------------------------|
| <b>19/2-15</b>      | Heart failure  | 16750              | 10                  | 3                     | -                  | -                          |
| <b>19/2-15</b>      | Heart failure AND self-care  | 587                | 152                 | 60                    | -                  | -                          |
| <b>17/3-15</b>      | Heart failure AND ability to AND self-care   | 29                 | 29                  | 29                    | 3                  | 3                          |
| <b>25/3-15</b>      | Heart failure AND self-care OR self-care behavior AND (qualitative OR interview OR mixed method OR grounded theory OR phenomeno* | 91                 | 91                  | 43                    | 6                  | 8                          |
| <b>26/3-15</b>      | Heart failure AND self-care AND (behavior OR ability to) AND (qualitative)   | 8                  | 8                   | 8                     | -                  | 1                          |
| <b>3/4-15</b>       | Heart failure AND (ability to OR engagement OR capability) AND self-care.  | 39                 | 39                  | 15                    | -                  | 1                          |
| <b>29/4-15</b>      | Heart failure AND Self-care or self-management AND factors influencing   | 4                  | 4                   | 4                     | 1                  | 1                          |

| <b>MedLine</b> |  |             |              |                |             |                     |
|----------------|--|-------------|--------------|----------------|-------------|---------------------|
| <b>Datum</b>   | Sökord   | Antal träff | Lästa rubrik | Lästa abstract | Antal valda | Kvalitetsgranskning |
| <b>25/3-15</b> | Heart failure AND ability to AND self-care.  | 71          | 71           | 55             | -           | -                   |
| <b>2/4-15</b>  | Heart failure AND ability to AND self-care NOT review  | 49          | 49           | 49             | -           | 1                   |
| <b>3/4-15</b>  | Heart failure AND ability to AND (self-care OR self management OR self efficacy) AND (factors OR motivat* OR engagement) | 34          | 34           | 34             | -           | -                   |

| <b>PubMed</b>  |  |             |              |                |             |                     |
|----------------|--|-------------|--------------|----------------|-------------|---------------------|
| <b>Datum</b>   | Sökord   | Antal träff | Lästa rubrik | Lästa abstract | Antal valda | Kvalitetsgranskning |
| <b>23/3-15</b> | (Heart failure) AND (ability to) AND (self-care)                           | 113         | 113          | 54             | -           | -                   |
| <b>30/3-15</b> | Heart failure AND self-care AND (behavior OR ability to) AND (qualitative) | 51          | 51           | 51             | -           | 1                   |
| <b>30/3-15</b> | Heart failure AND ability to AND (self-care OR self management)            | 124         | 124          | 45             | 1           | 1                   |

## Bilaga 2.

### Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel: \_\_\_\_\_

Författare: \_\_\_\_\_

Årtal: \_\_\_\_\_

Tidskrift: \_\_\_\_\_

#### Del I.

##### Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? Ja  Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? Ja  Nej

Är syftet relevant till ert examensarbete? Ja  Nej

Är urvalet beskrivet? Ja  Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

#### Del II

##### Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod? Ja  Nej

Hänger metod och syfte ihop? Ja  Nej

(Kvalitativt syfte – kvalitativ metod)

Beskrivs datainsamlingen? Ja  Nej

Beskrivs dataanalysen? Ja  Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ställningstagande? Ja  Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? Ja  Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen? Ja  Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? Ja  Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

...

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....  
.....  
.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign: .....

**Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping/henr**

### Bilaga 3.

#### Artikelmatris

| Nr. | Författare<br>År<br>Land<br>Tidskrift   | Titel   | Syfte   | Metod  | Resultat  | Kvalitets-<br>bedömning |
|-----|---|---|---|--|---|-------------------------|
| 1.  | Fairbrother, P.<br>Ure, J. Hanley, J.<br>McCloughan,<br>L. Denvir, M.<br>Sheikh, A., &<br>McKinstry, B.<br>(2013)<br>Skottland.<br>Journal of clinical nursing. | Telemonitoring for chronic heart failure: the views of patients and healthcare professionals – a qualitative study. | Syftet var att förstå patienter och vårdpersonals acceptans och syn på nyttan av övervakning via telefon vid i hanteringen av kronisk hjärtsvikt i samband med daglig omsorg. | Semistrukturerade intervjuer utfördes, 18 personer med hjärtsvikt deltog. Intervjuerna spelades in och kodades enligt tema med hjälp av Framework metoden. | ”Telemonitoring” Gav personerna känslor av trygghet, delaktighet och några upplevde att de blev mer självständiga gällande egenvård. Personerna i studien upplevde att de kunde upprätthålla sin hälsa bättre av att bli informerade och få kunskap om sin sjukdom. En del av personerna kände oro inför att få större ansvar för sin egenvård, andra upplevde att de fick mer tilltro på sin egen förmåga att våga utöva egenvård. Flera upplevde att det var tryggt att hela tiden vara övervakade. | 8/8                     |
| 2.  | Jowsey, T.<br>Pearce-Brown,<br>C. Douglas, K.<br>A., & Yen, L.<br>(2011)<br>Australien.   | What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in                                    | Att beskriva motivationen till för eller emot egenvårdshantering i en omväxlande grupp av äldre   | Semistrukturerade djupintervjuer gjordes. 52 personer deltog och var diagnostiserade med antingen diabetes, hjärtsvikt eller                               | Deltagarna i studien beskrev både inre och yttre källor till motivation. Inre källor var ofta positiva såsom att vilja optimera, hälsa, att vara självständig, att undvika att förlora  | 8/8                     |

|    |   |   |   |  |   |     |
|----|---|---|---|--|---|-----|
|    | Health expectations   | self-management behaviour?  | australienare med diabetes, kronisk hjärtsvikt eller KOL samt att föreslå åtgärder för att öka patienters motivation till egenvårdshantering.   | KOL.<br>Intervjuerna var elektroniskt inspelade.<br>En kvalitativ analys gjordes för att organisera i teman.   | dessa attribut var en annan negativ källa till motivation. Yttre faktorer var familj, vårdare och sjukvårdspersonal.  |     |
| 3. | Lockhart, E. Foreman, J. Mase, R., & Heisler, M. (2014) USA. Heart & Lung: The journal of acute and critical care | Heart failure patients' experiences of a self-management peer support program: A qualitative study. | Syftet var att beskriva patienter med hjärtsvikt upplevelser av ett egenvårdshanteringsprogram för att informera om utvecklingen av framtida insatser som stödjer och motiverar patienter att engagera sig i att utföra egenvård. | Semistrukturerade intervjuer utfördes som baserades på patienternas engagemang i egenvårdsprogrammet, 18 personer deltog.<br>För att analysera datan användes tekniker från grounded theory. | Fyra nyckelteman hittades, de var att få dela erfarenheter och kunskap med andra, att få jämföra sig med andra personer med hjärtsvikt kunde ha en positiv inverkan och en negativ inverkan på motivationen till egenvård. Depression kunde göra att personerna drog sig undan och inte ville träffa andra och drog därför inte nytta av programmet, för andra med depression var programmet en bra sak då de upplevde att de fick stöd. Låg funktionell hälsostatus var en orsak till att personer som velat delta inte orkade göra det. | 8/8 |
| 4. | Riegel, B. Vaughan  | Symptom Recognition in  | Syftet med studien var att ta reda  | Tvårsnitts mixad metod studie, med 29 deltagare  | Studien visar att äldre personer hade svårare att upptäcka och tolka  | 8/8 |

|    |   |   |  |   |   |     |
|----|---|---|--|---|---|-----|
|    | Dickson, V., Cameron, J. Johnson, J. C. Bunker, S. Page, K., & Worrall-Carter, L. (2010) USA. Journal of nursing scholarship, | Elders With Heart Failure.  | hurvida åldrande är associerat med minskad förmåga till att upptäcka och tolka inåtgående fysiologisk information. | med kronisk hjärtsvikt. Yngre personer i studien räknades som de under 73 år, äldre de över 73 år. Semistrukturerade intervjuer gjordes med ljudinspelning, intervjuerna analyserades av en annan person än den som analyserade den kvantitativa datan.             | andnöd än yngre personer. Sjuksköterskorna noterade att äldre personer har dubbelt så stor risk jämfört med yngre att rapportera en annan nivå av andnöd.   |     |
| 5. | Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Goldberg, L. R., & Deatrck, J. A. (2007) USA. Nursing Research.                              | Factors Associated With the Development of Expertise in Heart Failure Self-Care | Att beskriva och förstå hur expertis inom hjärtsviktsegenvård kan utvecklas.                                       | Studen har en mixad metod. Den kvalitativa utgick från semistrukturerade intervjuer, 29 personer deltog. Intervjuerna ljudinspelades och analyserades med hjälp av Atlas software. Personen som analyserade och kodade datan hade inte sett den kvantitativa datan. | Engagerade supportrar kan hjälpa personer med kronisk hjärtsvikt (HF) för att övervinna till synes oöverstigligen hinder för egenvård. Forskning behövs för att förstå effekterna av överdriven sömnhet under dagtid. | 8/8 |
| 6. | Riegel, B., Dickson, V. Kuhn, L., Page, K.,   | Gender-specific barriers and facilitators to heart                              | Syftet var att beskriva hjärtsviktsegenvård hos män och  | Tvårsnittsstudie med mixad metod, den kvalitativa delen var baserad på semistrukturerade inter-   | Det var inga könsspecifika skillnader i utövandet av egenvård, men det var skillnader mellan könen i sättet att uppfatta, tolka och agera   | 8/8 |

|    |   |   |   |   |  |     |
|----|---|---|---|---|--|-----|
|    | Worrall-Carter, L. (2010) USA. International journal of nursing studies.  | failure self-care: A mixed methods study  | kvinnor och att identifiera köns-specifika barriärer och faktorer som på påverkar egen-vård vid hjärt-svikt.  | vjuer, 27 deltog varav 8 var kvinnor. Data analyserades med hjälp av Atlasmetoden, olika personer analyserade den kvantitativa och den kvalitativa datan. | på symtom. Det var även skillnad på tilltron till den egna förmågan till egenvård.   |     |
| 7. | Seto, E., Leonard, K. J., Cafazzo, J. A., Masino, C., Barnsley, J., & Ross, H. J. (2011) Kanada. The journal of cardiovascular nursing. | Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. | Syftet med studien var att utreda egenvård och livskvalitén hos patienter som gick till en multidisciplinär hjärtklinik och att utforska relationen mellan egenvård och livskvalitet. | Mixad metod studie. Kvalitativa delen av studien utgjordes av semistrukturerade intervjuer, 94 personer fullföljde studien.                               | Högre livskvalitet associerades med högre tro på sin förmåga att utöva egenvård. Barriärer för egenvården orsakade ångest hos personerna. De barriärer för egenvård som hittades inkluderade brist på utbildning inom egenvård, utbildning, ekonomisk begränsning, bristande upplevelser av nyttan med egenvård och låg självkänsla. | 8/8 |
| 8. | Skaperdas, E. Tuepker, A. Nicolaidis, C. Robb, JK. Kansagara, D., & Hickam, D. H. (2014)  | Congestive heart failure self-management among US veterans: The role of person-                       | Syftet var att förstå personers upplevelser av primärvården för hjärtsvikt och att utforska relationen mellan hälso-  | Semistrukturerade intervjuer, 39 personer med hjärtsvikt deltog. Data analyserades med hjälp av tematisk innehållsanalys.                                 | Personerna påtalade vikten av ha kontinuitet i sin hjärtsvikt-vårdplan. Personerna upplevde stor nytta av att ha personliga ”advokater” vilka både kunde vara vårdpersonal men också vänner och familj. Psykiska symtom identifierades av deltagar-  | 8/8 |



|     |  |  |  |   |  |     |
|-----|--|--|--|---|--|-----|
|     | USA.<br>Patient education and counseling   | al and professional advocates  | vård och hantering av egenvård.  |   | na i studien som en barriär till att utföra egenvård.  |     |
| 9.  | Tully, N-E., Morgan, K-M., Burke, H. & McGee, H. (2010)<br>Irland.<br>Rehabilitation Research and Practice.            | Patient Experiences of Structured Heart Failure Programmes.  | Att undersöka patienters upplevelser av strukturerad hjärtsvikts rehabilitering och deras synpunkter på de viktigaste komponenterna i hjärtsviktsvården samt att undersöka deras livskvalité efter rehabilitering. | Intervjuer med semistrukturerade intervjuer som bas, 15 personer som varit diagnostiserade med hjärtsvikt minst ett år deltog. Data analyserades med innehållsanalysmetod.  | Deltagarna i programmet upplevde att de kunde dra nytta av rehabiliteringsprogram. Flera kände innan studien sig osäkra på hur mycket de vågade anstränga sig fysiskt, vilket var en barriär, det var positivt för personerna att få sin hjärtsvikt mätt under träning. Många hade innan programmet otillräcklig kunskap kring egenvård och fick under programmet kunskap för att förstå sitt tillstånd och sköta sin egenvård på ett bättre sätt. | 8/8 |
| 10. | Woda, A., Belknap, RA., Haglund, K., Sebern, M., & Lawrence, A. (2015)<br>USA.<br>Heart and lung: the journal of acute | <i>Factors influencing self-care behaviours of african americans with heart failure: A photovoice project.</i> | Att förstå påverkan på hjärtsviktsegenvård hos afrikanska amerikaner med låg inkomst.  | En beskrivande samhällsförankrad studie. Deltagarna i studien fick genom att ta kort med en kamera visa på viktiga livsstilsfaktorer. Detta följdes upp med reflektion och diskussionstillfällen 2 timmar/vecka. Deltagarna i studien hade hjärtsvikt och | Viktiga faktorer som påverkade personernas egenvård positivt:<br>- Stöd och engagemang från familjemedlemmar-<br>-Socialt umgänge, att göra roliga eller trevliga saker med vänner gjorde en del glada och avslappnade. Motverkade att bli nedstämd.<br>Negativt:<br>-Depression/nedstämdhet, ledde till försämrad egenvård på grund av  | 8/8 |

|  |                   |  |  |  |  |  |
|--|-------------------|--|--|--|--|--|
|  | and critical care |  |  | var över 55 år. Data analyserades med hjälp av the photo voice method. | minskad följsamhet till medicin, kost och daglig fysisk aktivitet. |  |
|--|-------------------|--|--|--|--|--|