

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:77

Följsamhet av egenvård hos patienter med hjärtsvikt
En litteraturstudie

Brobeck, Hanna

Isaksson, Pernilla



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Följsamhet av egenvård hos patienter med hjärtsvikt. En litteraturstudie
Författare:	Brobeck, Hanna och Isaksson, Pernilla
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK15v
Handledare:	Monica Lindblad
Examinator:	Lena Nordholm

Sammanfattning

Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom cirka 250 000 personer i Sverige lider idag av hjärtsvikt. Behandlingen kräver mycket av den enskilde individen i form av både kunskap om symtom, intag av läkemedel samt förmåga till egenvårdsåtgärder. Bristande följsamhet av egenvård och farmakologisk behandling kan leda till försämring och inläggning på sjukhus. I arbetet och under verksamhetsförlagd utbildning har vi uppmärksammat patienter med hjärtsvikt och intresserat oss för hur de efterlever råd och behandling och hur vården kan stötta dem. Syftet med studien var därför att undersöka vilka faktorer som påverkar följsamheten hos patienter med hjärtsvikt. Litteraturstudien bygger på tio vetenskapliga artiklar, sju kvalitativa och tre med en mixad metod bestående av kvalitativa och kvantitativa data. Resultatet delades upp i två huvudkategorier: *Faktorer som främjar egenvård* och *Faktorer som motverkar egenvård*. I resultatet framkom särskilt att individanpassad information utgör den viktigaste faktorn för förståelse av sin sjukdom och betydelsen av att utföra egenvård för en god symtomkontroll. Sjuksköterskor möter patienter med hjärtsvikt och resultatet av vår litteraturstudie visar att mötet med patienten och den information som ges är oerhört viktig för att patientens välbefinnande. I det vårdande mötet mellan sjuksköterska och patient är det viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar patientens livsvärld och följer strategier vilka motiverar patienten själv att uppmärksamma sina resurser och får förståelse för sambandet mellan sjukdom och hälsa.

Nyckelord: *Hjärtsvikt, egenvård, erfarenhet, information, barriärer och patient.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt	1
Diagnostisering av hjärtsvikt	1
Prognos	2
Behandling	2
Egenvård vid hjärtsvikt	2
Vårdvetenskapliga perspektiv	3
Livsvärld	3
Lidande	3
Upplevelse av hälsa vid en förändrad livsvärld	3
Egenvård utifrån vårdvetenskapligt perspektiv	4
Patient Empowerment: ett förhållningssätt för sjuksköterskan vid patientmötet	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Datainsamling och Urval	5
Databearbetning och analys	6
RESULTAT	6
Faktorer som främjar egenvård vid hjärtsvikt	7
Psykiska och emotionella förutsättningar	7
Ålderns påverkan på följsamhet av egenvård	7
Stöd från närstående och vänner	8
Information från sjukvård som medför utövning av egenvård	8
Kunskap som medför följsamhet av egenvård	8
Faktorer som motverkar genomförande av egenvård	8
Psykiska och emotionella barriärer	8
Ålderns negativa påverkan	9
När stöd inte blir stödjande	9
Information från sjukvården som medför bristande egenvårds engagemang	9
Bristande kunskap skapar osäkerhet	10
Fysiska begränsningar	10
Näring och vätskerestriktioner	10
Läkemedel	11
Ekonomiska förutsättningar	11
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Individanpassad information utifrån ett livsvärldsperspektiv	12
Identifiering av symptom	13
Genus och dess betydelse vid hjärtsviktssjukdom	14
Hållbar utveckling	15
SLUTSATSER	16
REFERENSER	17

Bilaga 1.	22
Bilaga 2.	28

INLEDNING

Omkring 250 000 personer i Sverige lider idag av hjärtsvikt (Hjärt-Lungfonden 2016, s. 3). Som färdiga sjuksköterskor kommer vi därefter att möta dem var vi än arbetar. Av tidigare erfarenhet från arbete och praktik har vi lärt oss de kliniska fynd som kan ses vid hjärtsvikt såsom ödem, viktuppgång och ökad andfåddhet, men hjärtsvikt påverkar hela patientens livsvärld. I professionen som sjuksköterskor ingår det att se människan i patienten och dess livsvärld. Livsvärldsperspektivet gör att kliniska fynd endast utgör en del av det som sjuksköterskan behöver ta i beaktning för att kunna ge en bra vård. Egenvård innebär att förebygga ohälsa och är en viktig del av behandlingen vid hjärtsvikt och därför är det viktigt att undersöka vad som påverkar följsamheten av egenvård hos patienter med hjärtsviktssjukdom.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

I Sverige lever cirka 250 000 personer med diagnosen kronisk hjärtsvikt vilket ofta drabbar äldre människor. Risken att drabbas av hjärtsvikt är ungefär densamma för män och kvinnor (Hjärt-Lungfonden 2016, s. 8). Vid hjärtsvikt orkar hjärtat inte pumpa runt blodet ut i kroppens vävnader vilket medför att organen inte syresätts på ett adekvat sätt. Vätska ansamlas i olika delar av kroppen beroende på om det är höger eller vänster kammare som är påverkad (Ericsson & Ericsson 2012, s. 121). Hypertoni, det vill säga högt blodtryck, och ischemisk hjärtsjukdom orsakar tillsammans 75 procent av alla insjuknanden i hjärtsvikt. Arytmier, klafffel, myokardit och kardiomyopati är exempel på andra bakomliggande orsaker till hjärtsvikt (Ericson & Ericson 2012, s. 121). Inflammation i hjärtmuskeln kallas myokardit och orsakas av virus eller bakterier men kan även orsakas av toxisk påverkan genom drogmissbruk eller läkemedel (1177 Vårdguiden 2015). Kardiomyopati innebär en bestående skada på myokardiet vilket innebär att myokardiet får en försämrad funktion (Ericson & Ericson 2012, s. 143). Hjärtsvikt kan vara svår att diagnostisera då trötthet och andfåddhet är bland de första symtomen, men som inte behöver tyda på en hjärtsjukdom. Symtomen kommer succesivt och sjukdomen utvecklas sakta (Hjärt-Lungfonden 2016, ss. 10–11). Utmärkande symtom är dyspné, nedsatt ork, trötthetskänsla och ödem. Även andra symtom som dålig aptit, hjärtklappning och illamående är vanligt förekommande (Ericson & Ericson 2012, s. 123).

Diagnostisering av hjärtsvikt

Diagnos ställs bland annat genom EKG, blodprov och ultraljud på hjärtat. Vid ultraljud undersöker man myokardiets rörelseförmåga, funktion på klaffarna, remodelering, kontraktilitet och om det finns aneurysm. Undersökning av kontraktilitet på hjärtmuskeln innebär att man kontrollerar vänster kammarens pumpförmåga (Ericson & Ericson 2012, s. 120). Aneurysm innebär att det största blodkärlet i kroppen, aorta, är vidgat och är ett livshotande tillstånd (Hjärt-Lungfonden 2017, s. 3). Mätning av hjärtats ejektionsfraktion (EF) görs med hjälp ultraljud då den systoliska funktionen bedöms (Ericson & Ericson 2012, s. 123). Hjärtsvikten klassificeras av läkare med hjälp av New York Heart Association (NYHA). American Heart Association (2017) beskriver de fyra

klassificeringarna och läkaren bedömer sjukdomens svårighetsgrad baserat på hur livet blir begränsat på grund av fysiska symtom. Persson och Eriksson (2015) beskriver NYHA klassificeringen enligt:

Klass I	Symptomfri men har en försämrad hjärtkapacitet.
Klass II	Lätt hjärtsvikt. Blir andningspåverkan vid stark fysisk ansträngning.
Klass III	Medelsvår hjärtsvikt som medför att man blir trött och andfådd vid lätt till måttlig fysisk ansträngning. III A patienten kan gå 200 m på planmark utan att få symtom. III B innebär att patienten inte kan gå 200 m på planmark utan att få symtom.
Klass IV	Svår svikt då symtom som att vara andfådd och trött kommer vid vila. Patienten får symtom vid minsta påfrestning vilket medför att patienten ofta är sängbunden

Prognos

I Läkemiddelsverket (2013) beskrivs hjärtsvikt som ett allvarligt sjukdomstillstånd med hög mortalitet oberoende av bakomliggande orsak. Patientens livskvalitet påverkas betydligt mer än vid andra kroniska sjukdomar och prognosen blir sämre vid ökad grad av svikt. Obehandlad asymtomatisk hjärtsvikt leder till cirka 5 % ökad dödlighet. Innan utveckling av dagens rådande hjärtsviktsbehandling var mortaliteten 5–10 % per år för patienter med lindrig hjärtsvikt och 40–50 % för de som var sjukast. Hjärtsvikt har en sämre prognos än cancersjukdomar men korrekt behandling och diagnos i ett tidigt skede ger en påtaglig förbättring av både livskvalitet och prognos.

Behandling

Vid hjärtsvikt är den grundläggande omvårdnaden att dämpa symtom, förebygga försämring och höja livskvaliteten för patienten (Ericson & Ericson 2012, s. 127). Diuretika är ett av de läkemedel som används i syfte att symtomlindra. Behandlingen reducerar vätskeöverskott vilket resulterar i minskade ödem (Persson & Eriksson 2015). Medicinering vid hjärtsvikt är individuellt anpassad och som patient är det viktigt att följa ordinationen och ta medicin på de tidpunkter som ordinerats. Läkemiddelsbehandlingen är livslång och har som syfte att patienten kan leva längre, undvika sjukhusvård, ej ha symtom och få ett gott liv. Genom läkemiddelsbehandlingen orkar patienten mer och det höjer livskvaliteten (Hjärt-Lungfonden 2016, s. 29).

Egenvård vid hjärtsvikt

För att erhålla bra livskvalitet behöver patienten känna till bakomliggande orsaker till sjukdomen och känna igen de symtom som är vanligast. Hos patienter med kroniska sjukdomstillstånd består egenvården av livsstilsförändringar, övervakning av förändringar i kroppens symtom liksom medicinhantering (Ericson & Ericson 2012, ss. 123–129). I Persson och Eriksson (2015) finns råd om livsstilsförändringar som bland annat höjer livskvaliteten för patienter med hjärtsvikt och innebär att patienten kan behöva ändra sina levnadsvanor. Egenvården är indelad i två kategorier; dels den som

innebär livsstilsförändringar och dels den egenvård som innebär att patienten aktivt utför aktiviteter för att kontrollera symtom samt utför åtgärder vid försämrade symtom. Livsstilsförändringar som rekommenderas är regelbunden fysisk aktivitet, kontrollera vätskeintag, saltrestriktion, nikotinstopp, vid depressiva besvär söka hjälp, väga sig dagligen, vara välvaccinerad och att ha höjd huvudända på sängen. Aktiva rekommendationer innebär att notera förändring av symtom som ökad andfåddhet, viktuppgång mer än två kilogram och ökade ödem. Vid dessa symtom rekommenderas patienten vanligen att höja dosen av diuretika och vid utebliven effekt kontakta sjukvården.

Vårdvetenskapliga perspektiv

Livsvärld

Livsvärlden utgör den hållning och förståelse som människor har till sig själva, till andra människor och allt annat i världen. Det är genom den unika livsvärlden som vi upplever världen (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 128–130). Grunden i patientperspektivet är livsvärlden som är utgångspunkten för vårdandet då det är genom patientens livsvärld som hela livet utspelar sig beträffande såväl hälsa, välbefinnande, sjukdom och lidande. När vårdaren får förståelse för livsvärlden, fås förståelse för hur människan erfar livet och sin sjukdom och först då kan vårdande ske (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 103–104).

Lidande

Lidande har en större innebörd än de symtom som uppkommer på grund av sjukdom. Det sätter igång en process med tankar och känslor och livet blir förändrat. Upplevelsen kan vara svår att förklara för andra och det kan leda till att patienten känner sig ensam och hjälplös (Wiklund 2003, ss. 96 - 97). Det som tidigare i livet upplevts som självklart blir istället en utmaning och det krävs mer av patienten för att genomföra handlingen. Livet förändras och stora som små möjligheter upplevs från ett annat perspektiv (Eriksson 1994, s. 93). Det förekommer även sjukdomslidande som kan beskrivas som den fysiska och psykiska smärta som sjukdomen ger. Fysisk smärta som exempelvis bröstsmärta är lättare att definiera. När man som patient får en diagnos som hjärtsvikt blir livssituationen förändrad. Insikten att man har hjärtsvikt kan väcka tankar om döden och att livet kan ta slut (Wiklund 2003, ss. 102–105). Otillräcklig vård eller behandling leder till vårdlidande. Patienten kan uppleva att de tappat kontrollen över sitt liv eftersom de blir beroende av hjälp från andra. I situationer där patienten känner sig missförstådd eller att personalen inte lyssnar på dem kan känslan av att vara kränkt upplevas som ett vårdlidande. Känslan av att inte känna sig trygg med den vård som erhålls gör att patienten känner ett vårdlidande (Wiklund 2003, ss. 102–105).

Upplevelse av hälsa vid en förändrad livsvärld

Hälsa innebär inte bara hälsa när man är frisk utan att uppleva hälsa trots att man är sjuk. Upplevelsen speglar livsvärlden och med den som utgångspunkt kan patienten uppleva välbefinnande i livet (Wiklund 2003, ss. 82–83). Att leva med hjärtsvikt, som är en obotlig sjukdom, medför att patienten inte kan bli frisk igen, men beroende på hur patienten förhåller sig till sin livsvärld kan hälsa upplevas trots sjukdom (Dahlberg & Segesten 2010, s. 80). Wiklund (2003, ss. 85–87) beskriver hur hälsa kan uppstå utifrån

tre perspektiv nämligen görande, varande och vardande. Vid görandets nivå har patienten ett mål att uppnå hälsa och drivs av omständigheter genom tankar och handling som främst handlar om att leva hälsosamt. Vid varandets nivåer söker patienten hälsa genom att tillfredsställa behov som leder till välbefinnande. Patienten inser att såväl yttre som inre faktorer påverkar hälsan och söker jämvikt och en inre balans. Vid vardandets nivå ställs patienten ansikte mot ansikte med sin livssituation och livsfrågor uppstår vilket leder till att man ser att möjligheter finns men även möta lidandet. Patienten kan uppnå hälsa genom att acceptera både gott och ont i livet.

Egenvård utifrån vårdvetenskapligt perspektiv

Orem (2001, s. 522) definierar egenvård som aktiviteter som individer initierar och utför i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Orem (2003, s. 6) liknar omvårdnad med konst, där målet är att vårda patienter så att förutsättningar skapas så att de kan ta hand om sig själva. Den vård egenvården innebär skall de kunna utöva för både sig själva samt sina medmänniskor och den egenvårdande kapaciteten hos individen skall tas tillvara. Sambandet mellan egenvårdsförmåga även när patienten ställs inför förändrade egenvårdsbehov kräver att det finns en balans. Orem (2001, ss. 282–283) menar att ohälsa och sjukdom skapar större egenvårdsbehov vilket ökar egenvårdskravet och att det kan uppstå en egenvårdsbrist i avståndet mellan egenvårdskrav och egenvårdsförmåga när personens egenvårdskapacitet inte räcker till.

Egenvård kan ses utifrån två olika perspektiv som beskrivs av Langius-Eklöf (2013, s. 85) som följer. I det biomedicinska perspektivet återfinns den medicinska behandlingen och förmågan att hantera sjukdomens fysiska konsekvenser som är ur ett patogent perspektiv vilket kännetecknas av att kämpa mot sjukdom och de riskfaktorer sjukdomen medför (Langius- Eklöf 2013, s. 85). I det vårdvetenskapliga perspektivet handlar det om en strävan efter att istället vidmakthålla patientens vanliga liv i vilket sjukdomen finns med i (Wiklund 2003, s. 82). Antonovsky (2005, s. 31) har utvecklat en salutogen modell där resonemanget är om vad som påverkar patientens överlevnad vid sjukdom och faktorer som leder till att patienten bevarar sin hälsa genom så kallade friskfaktorer. Handlingarna utövas för att få sina behov tillfredsställda och kan därför ses som egenvård.

Patient Empowerment: ett förhållningssätt för sjuksköterskan vid patientmötet

Insulander och Björvell (2013, ss. 135–136, 138) beskriver Patient Empowerment (PE) som ett förhållningssätt inom sjukvården vilket används vid mötet mellan patient och personal där patientens egen upplevelse av sjukdomen tas till vara. Patientens egna resurser blir synliga och används i syfte till en förbättrad egenvård. Det innebär att patient och sjukvårdspersonal tillsammans bestämmer utifrån patientens egen erfarenhet vilken behandling och omvårdnad som passar bäst. Vidare beskrivs PE som egenmakt och medför att patientens egen förmåga tas tillvara och gör att patienten känner sig delaktig i sin vård. Genom PE blir patienten mer aktiv och egenmakten ökar, vilket förväntas reducera stress och osäkerhet och höja välbefinnandet.

PROBLEMFORMULERING

Människor som lever med hjärtsvikt blir ständigt påmind om sin sjukdom i vardagen. Trötthet och dyspné är vanliga symtom som begränsar tillvaron för patienterna och det kan vara en utmaning att till exempel göra sig iordning för att lämna hemmet. Livet blir därmed ofta begränsat och det påverkar det sociala livet då de inte orkar att umgås med vänner och familj. Sjuksköterskor i många kontexter inom vården möter och vårdar patienter med hjärtsvikt. Det är viktigt att ha en förståelse för människans livsvärld och inte bara kunskap om symtomen. Tillståndet för patienter med hjärtsvikt kan förändras snabbt men det finns effektiva sätt att upptäcka tecken på detta och vidta adekvata åtgärder vilket bland annat förutsätter en god förmåga till egenvård. Egenvård är viktigt för patienter med hjärtsvikt för att kunna utöva symtomkontroll och vidmakthålla funktionsförmågan. Bristande följsamhet vad gäller egenvård i samband med hjärtsvikt kan leda till stort lidande för patienten och onödiga sjukhusinläggningar. Genom att få en uppfattning om vilka faktorer som påverkar patientens följsamhet kan sjuksköterskan få en djupare förståelse och kunskap om vilken typ av stöd som patienten behöver.

SYFTE

Studiens syfte är att undersöka vilka faktorer som påverkar patienters följsamhet av egenvård vid hjärtsviktssjukdom.

METOD

Som metod för att kunna besvara studiens syfte valdes en litteraturstudie enligt Axelssons (2012, ss. 203–220). Metoden användes i syfte att få en struktur över hur en studie kan genomföras och omsättas till ett examensarbete. En litteraturstudie ger en överblick av kunskapsläget inom ett visst område, i detta fall omvårdnad. En litteraturstudie baseras på data av relevans vilken publicerats från primära källor i vetenskapliga artiklar eller rapporter. Detta inom ett väl avgränsat område som är definierat (Axelsson 2012, ss. 203–205).

Datainsamling och Urval

För att hitta ett rimligt antal artiklar som besvarade studiens syfte behövde vissa avgränsningar göras. Första steget var att välja ut relevanta sökord. Pilotsökningar gjordes för att scanna av informationsfältet och finna lämpliga sökord och avgränsningar i urvalet. Sökorden var relaterade till syftet och var *“heart failure”*, *“self-care”*, *experience**, *experience*, *“self-management”*, *patient* och *patient** (Bilaga 2.) för översikt av sökningarna. Andra avgränsningar var att artiklarna skulle vara skrivna på antingen svenska eller engelska, de två språk vi behärskar. Fulltext skulle finnas tillgängliga på databaserna Cinahl eller Pubmed och åren begränsades till 2008-01-01- 2017-10-31 för att resultatet skulle vara aktuellt. Artiklarna skulle även vara *“peer reviewed”*, det vill säga vara vetenskapligt granskade, samt fått etiskt godkännande. Artiklar som inte besvarade syftet exkluderades liksom de som studerade patienter under 18 års ålder. Detta gjordes då förväntningarna på ansvaret att utföra egenvård inte kan likställas mellan barn och vuxna individer. Patienterna skulle ha hjärtsvikt som huvuddiagnos och sjukdomen skulle ha uppkommit senare i livet och inte på grund av medfött hjärtfel. Inga artiklar

exkluderades på grund av dess geografiska ursprung. Sökning i Cinahl resulterade i att åtta stycken artiklar valdes ut. Även i Pubmed användes samma sökord, men endast en artikel hittades som besvarade syftet. Även manuella sökningar gjordes samt sökningar via redan funna artiklar på Cinahl, därför att de berörde ämnet och således även syftet. Efter att ha läst igenom artiklarna noga flera gånger valdes till sist tio stycken artiklar ut, varav sju var kvalitativa och tre som bestod av mixad metod, det vill säga både kvalitativa och kvantitativa data. Kvantitativa studier studerar förekomst, fördelning och samband mellan forskningsområden. Datainsamling vid kvantitativa studier består bland annat av enkäter och experiment vilket innebär att det som studeras blir objekt. Kvalitativa studier däremot skall vara förklarande, tolkande samt beskrivande i sitt resultat. Den subjektiva upplevelsen hos individen tolkas av forskaren (Friberg 2012, s. 32).

Databearbetning och analys

Först gjordes en kvalitetsgranskning av de tio vetenskapliga artiklar som valts Fribergs (2012, s. 126) beskrivning användes vid granskning av kvalitet på studier och använder frågor som utgår från metod, teorier, syfte och resultat samt författarnas tolkning och argument.

För analys av studierna användes Axelssons metod (2012, ss. 212–214) där första steget är att läsa igenom studierna flera gånger för att få en uppfattning om innehållet med fokus på resultatet. En översikt av de tio vetenskapliga artiklar som valdes sammanställdes sedan i en matris (Bilaga 1.) med rubrikerna syfte, metod, urval, resultat, årtal, författare och utgivare. Vid arbetet av att analysera studierna användes färgpennor som beskrivs av Axelsson (2012, s. 212) för att lättare urskilja strukturen och få en överblick av materialet. Resultatet bröts sedan ned i delar för att efterforska likheter men även motstridigheter mellan artiklarnas resultat. Resultatet delades upp i två huvudkategorier: *Faktorer som främjar egenvård* och *Faktorer som motverkar egenvård*. Efter identifiering av huvudkategorier började arbetet med att finna subteman. Artiklarna och anteckningar som först vid granskning av artiklar lästes igenom och strukturerades upp efter relevans till syftet vilket resulterade i 14 subteman.

RESULTAT

Temat	Subtema
<i>Faktorer som främjar egenvård</i>	Psykiska och emotionella förutsättningar
	Ålderns positiva inverkan
	Stöd från närstående och vänner
	Information från sjukvården
	Kunskap som ger trygghet
<i>Faktorer som motverkar</i>	Psykiska och emotionella barriärer

<i>egenvård</i>	Ålderns negativa inverkan
	När stöd inte blir stödjande
	Brist på information
	Brist på kunskap
	Fysiska begränsningar
	Näring och vätskerestriktioner
	Läkemedel
	Ekonomiska förutsättningar

Faktorer som främjar egenvård vid hjärtsvikt

Psykiska och emotionella förutsättningar

Av rädsla för att bli beroende av andra och förlora sin självständighet motiverades patienter att regelbundet utföra egenvård (Jowsey, Pearce-Brown, Douglas & Yen 2014; Seah, Tan, Huang Gan & Wang 2016). Patienter kände även att om de intog en positiv inställning till sin sjukdom medförde det att de blev övertygade om att det fanns möjligheter att optimera sin hälsa och få kontroll över sin sjukdom. Den positiva inställningen medförde att följsamheten av egenvård blev kontinuerlig (Jowsey et al. 2014; Vaughan Dickson, Deatrack & Riegel 2008). Oro och rädsla för komplikationer beroende på hjärtsvikt blev en motiverande faktor till att utföra egenvård vilket innebar att patienterna följde sin läkemedelsbehandling och vara observant på de riskfaktorer som innebär en försämring av sjukdomen (Jowsey et al. 2014). Studien utförd av Riegel, Vaughan Dickson, Kuhn, Page och Worall-Carter (2010b) visade i resultatet att det finns könsspecifika skillnader. Trots att män ofta led av flera sjukdomar hade de bättre självförtroende angående sin förmåga till att upptäcka symtom vid förvärrad hjärtsvikt och det medförde att de utförde egenvård. Män kände dock i allmänhet mer oro och ångest än kvinnor men det ledde till att männen vid förvärrade symtom tog tag i problemet och utförde egenvård.

Ålderns påverkan på följsamhet av egenvård

Studien utförda av Riegel et. al. (2010a) syftade till att undersöka hur kunskapen om symtom vid hjärtsvikt skilde sig mellan yngre och äldre patienter. Patienter över 73 år definierades som äldre och de under 73 år definierades som yngre patienter. Den yngre gruppen visade sig ha större förmåga att identifiera de symtom och förändringar som visar en försämring av hjärtsvikt och vidta de åtgärder som egenvård innebär än de äldre. Studien utförd av Seto et al. (2011) vars syfte var att undersöka sambandet mellan egenvård och livskvalitet så visade resultatet däremot att de som hade störst följsamhet med att utföra egenvård var de som var äldre.

Stöd från närstående och vänner

Patienter upplevde det som en motiverande faktor när närstående förstod och beaktade riskfaktorer och var tacksamma när att de fick hjälp med att identifiera och behandla symtom. Även vänner som visar stöd och hjälp upplevdes som en motiverande faktor till att utföra egenvård (Jowsey et al. 2014; Piamjariyakul, Smith, Werkowitch & Elyachar 2012; Riegel et al. 2010a; Seah et al. 2016). Män upplevde mer påtagligt stöd i sin vardag vid utförande av egenvård och förlitade sig på sina närstående då de påtalade och observerade när symtom förvärras (Riegel et al. 2010b).

Information från sjukvård som medför utövning av egenvård

Patienter upplevde att den information de fått om hjärtsvikt, hur de själva kan uppmärksamma symtom, vilka det är och vad som ska göras för att få bättre hälsa genom egenvård, var av stor betydelse för genomförandet av egenvård (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Jowsey et al. 2014; Piamjariyakul et al. 2012; Reeder, Ercole, Peek & Smith 2011; Riegel et al. 2010a; Seah et al. 2016; Seto et al. 2011). Genom information patienterna fått av sjukvården upplevde de en känsla av stöd och omtänksamhet vilket motiverade dem att genomföra egenvårdsåtgärder. De kände att de blev delaktiga av den behandling och de mål som de gemensamt beslutade i syfte att optimera sin hälsa (Jowsey et al. 2014).

Kunskap som medför följsamhet av egenvård

Patienter som förstod sambandet mellan orsak och verkan av egenvård och hade förmåga att definiera symtom, visade sig vara effektiva med att utföra egenvård vilket resulterade i att en försämring av hälsa uteblev (Vaughan Dickson, Deatruck & Riegel 2008; Reeder et al. 2015). Den erfarenhet patienter fått av de symtom när de blivit sämre i sin hjärtsvikt gav dem kunskap i att identifiera symtom även om de var vaga (Vaughan Dickson, Deatruck & Riegel 2008). Kontakt med andra som har hjärtsvikt var betydelsefullt då de delade erfarenheter och diskuterade sin sjukdom med varandra (Jowsey et al. 2014; Piamjariyakul et al. 2012).

Faktorer som motverkar genomförande av egenvård

Psykiska och emotionella barriärer

Depression var en faktor som hos vissa patienter medförde sämre följsamhet av egenvård (Holden, Schubert och Mickelson 2015b; Jowsey et al. 2014). Detta medförde att de i stället blev passiva och inte orkade göra någonting åt sin situation (Buck, McAndrew, Dionne-Odom, Wion & Riegel 2015; Holden, Schubert och Mickelson 2015b). Brist på disciplin och engagemang (Buck et al. 2015; Holden, Schubert och Mickelson 2015b) men också rädsla och oro medförde att de inte följde de egenvårdsråd som sjukvården rekommenderat. Patienter upplevde att det var meningslöst att utföra egenvård då de kände att det var omöjligt att frångå en försämring av sin hjärtsvikt och en för tidig död (Jowsey et al. 2014). De patienter som inte hade insikt i vilka symtom som behövde uppmärksammas och inte förstod sambandet med egenvård och symtomkontroll behövde ofta söka sig till sjukhus och somliga avvaktade i över två veckor innan de sökte hjälp

(Reeder et al. 2015). Kvinnor som upplevde sig nedstämda kände sig osäkra på om vilka symtom som uppkom av hjärtsvikt eller sinnesstämning vilket resulterade i sämre följsamhet av egenvårdsåtgärder (Riegel et al. 2010b). Yngre män i studien av Riegel et al. (2010b) uppgav att de kände en ilska över att vara drabbade av hjärtsvikt och även om de visste hur de skulle hantera en försämring av sjukdomen tog ilskan över och de ignorerade de symtom som kännetecknar försämrad hjärtsvikt. Ilska var också en faktor som medförde att patienter inte sökte vård för att få behandling för sin hjärtsvikt (Piamjariyakul et al. 2012).

Ålderns negativa påverkan

Flera av artiklarna visade att äldre patienter hade svårigheter med att definiera vilka symtom som är specifika vid förvärrad hjärtsvikt och en anledning var att äldre patienter ofta lider av flera sjukdomar vilket medförde att de hade svårt att hålla isär symtomen (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Riegel et al. 2010a). Studien av Vaughan Dickson, Deatruck & Riegel (2008) är medelåldern på de patienter som inkluderades 49 år. 71 % av deltagarna visade sig ha erfarenhet av egenvård men inte utvecklat de färdigheter som krävs för att framgångsrikt hantera symtom eller så utförde de inte egenvård regelbundet. Anledningarna som patienterna beskrev var att de med tiden blev mindre vaksamma på symtom och prioriterade familjeangelägenheter före sig själva. Studien av Reeder et al. (2015) består deltagarna av patienter som är i åldrarna 25–88 år och mer än hälften av deltagarna var under 64 år. Resultatet visar att 93,3 % av deltagarna i åldrarna 25–88 år inte förknippade sina symtom med förvärrad hjärtsvikt vilket var anledningen till att patienterna sökte sjukhusvård. Det innebär att både äldre och yngre patienter kände svårigheter med att definiera de symtom som tyder på förvärrad hjärtsvikt.

När stöd inte blir stödjande

Patienter upplevde ibland att stödet från närstående gav dem ångest och det medförde att de förblev passiva (Jowsey et al. 2014). Känslan av att vara ensam i sin sjukdom och att ingen annan kan hjälpa till med behandling medförde att patienter kände att stöd från närstående inte var till någon hjälp i deras egenvård (Seah et al. 2016). Närstående som upplevdes vara för överbeskyddande uppfattades av patienterna som ett hinder vilket medförde att patienterna inte tog emot den hjälp som de erbjöd (Holden, Schubert & Mickelson 2015b). Kvinnor upplevde att de inte fick det stöd från vänner och närstående som de var i behov av med att identifiera de tecken som innebär en försämring av sin hjärtsvikt. Gifta män undvek ibland att berätta för sin fru att de kände sig sämre för att inte oroa frun och det medförde att egenvården försenades (Riegel et al. 2010b).

Information från sjukvården som medför bristande egenvårds engagemang

Patienter uttryckte att det var svårt att förstå informationen då medicinska termer användes och informationen var för otydlig för dem (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Piamjariyakul et al. 2012) vilket gjorde att patienterna upplevde att de var i behov av tydligare och mer information om vilka symtom de behöver uppmärksamma (Piamjariyakul et al. 2012; Riegel et al. 2010a; Seah et al. 2016; Seto et al. 2011). Resultatet i studien av Reeder et al. (2015) visar även att det måste finnas tydliga instruktioner om vilken symtomlindrande åtgärd som skall vidtas vid försämring av hjärtsvikt.

Bristande kunskap skapar osäkerhet

Egenvård innebär bland annat att följa blodtryck och vikt kontinuerligt. Följsamheten i detta skiftade och anledning att inte göra det var att patienterna inte visste hur de skulle använda resultatet eller att sjukvården inte gjorde någon uppföljning av kontrollerna vilket medförde att det kändes meningslöst att fortsätta med egenkontrollerna (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Seto et al. 2011). Studien utförda av Buck et al. (2015) fann att patienterna uppgav att de utfört egenvård enligt de rekommendationer sjukvården ger men i intervjuerna framkom att det patienten upplevt som egenvård inte följde de riktlinjer som vården ger. Exempel på vad patienterna upplevde som egenvårdsåtgärder var att de bad en bön, åt extra mycket frukt eller vitaminer (Buck et al. 2015). Patienten insåg inte nyttan av information som beskrev hur de skulle utföra egenvård utan upplevde det som en onödig insats eftersom de redan hade diagnosen hjärtsvikt och levde med sjukdomen (Seah et al. 2016). Svårigheter med att identifiera de symtom som innebar en försämring av hjärtsvikt var beskrivet av flertalet av patienterna i studierna (Buck et al. 2015; Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Reeder et al. 2015; Seto et al. 2011; Vaughan Dickson, Deatruck & Riegel 2008). Följden av att vara osäker med att identifiera symtom resulterade i att det de fick svårigheter med att förstå sambandet mellan de symtom som påvisar hjärtsvikt och den åtgärd som behövdes för att må bättre (Holden, Schubert & Mickelson 2015b). Många patienter uppgav att de behövde veta mer om hur de bättre kan ta hand om sig själva vid hjärtsvikt (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Seah et al. 2016; Seto et al. 2011). Speciellt kvinnor och äldre patienter kände sig osäkra på sin förmåga att hantera symtom vid hjärtsvikt och förlitade sig på sjukvården för att få hjälp med de åtgärder de behövde göra för att få en bättre hälsa (Riegel et al. 2010a; Riegel et al. 2010b).

Fysiska begränsningar

Symtomen hjärtsvikten medförde att det blev ett hinder då trötthet och andfåddhet begränsade patienternas förmåga att utföra fysisk aktivitet (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Seah et al. 2016) vilket ledde till att de antingen inte utförde egenvård eller utförde egenvård efter sin egen kapacitet som då inte blev som den sjukvården rekommenderar (Jowsey et al. 2014). Patienter uppgav att de inte utförde fysisk aktivitet då de var rädda för att dö av ansträngningen (Vaughan Dickson, Deatruck & Riegel 2008).

Näring och vätskerestriktioner

Patienter upplevde att det en utmaning i att ändra sin kosthållning (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Piamjariyakul et al. 2012; Reeder et al. 2015). Det som patienterna upplevde var svårast att förhålla sig till var saltrestriktioner och kontroll av vätskeintaget (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Piamjariyakul et al. 2012). Många patienter upplevde sig törstiga hela tiden vilket medförde att de drack mer än rekommenderat (Seto et al. 2011). Patienter upplevde också att illamående och brist på aptit gjorde det svårt att få i sig mat (Holden, Schubert & Mickelson 2015b).

Läkemedel

Patienter med hjärtsvikt får diuretika i syfte att minska ödem och avlasta hjärtat. I det dagliga livet kände patienter att det var påfrestande att ta diuretika om de var hemifrån då det innebär täta toalettbesök (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Vaughan Dickson, Deatruck & Riegel 2008) men det störde även nattsömnen (Holden, Schubert & Mickelson 2015b). De täta toalettbesök som diuretika medför gjorde att patienter vid speciella tillfällen hoppade över att ta diuretika för att slippa de täta besöken på toaletten (Vaughan Dickson, Deatruck & Riegel 2008). Vid hjärtsvikt består läkemedelsbehandlingen ofta av flera olika läkemedel och patienterna upplevde att det var svårt att hantera och urskilja läkemedel samt att mängden försvårade hanteringen (Holden, Schubert & Mickelson 2015b).

Ekonomiska förutsättningar

Hjärtsvikt medför sjukhusvistelser och perioder då de mår sämre vilket leder till sjukskrivning och mindre inkomst. Patienter uppgav att de inte hade råd att skaffa våg, blodtrycksmanschett eller köpa hälsosam mat då det är dyrare. Detta medförde en sämre följsamhet av egenvård som rör både kost, egenkontroller och fysisk aktivitet (Holden, Schubert & Mickelson 2015b; Jowsey et al. 2014; Piamjariyakul et al. 2012; Seto et al. 2011).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturstudie valdes för att få en överblick av det aktuella kunskapsläget i ämnet. Axelsson (2012, s. 205) beskriver att som student och utför en litteraturstudie lär sig studenten att söka kunskap, värdera den men också finna kunskap för det syftet studien har på ett adekvat sätt. Kunskap inom vetenskap medför att studenten utvecklas både i sin yrkesprofession och sitt arbete. Denna metod valdes då den rymms inom gällande kurs ramar. En sammanställning av litteratur ger möjlighet till utveckling av vården och sjuksköterskans profession. En empirisk undersökning föredras dock då ny kunskap hade kunnat utvinnas av denna. Vi ansåg att en empirisk studie var för tidskrävande och valde då en litteraturstudie. Det finns mycket kunskap i ämnet hjärtsvikt och detta gjorde att vi hade möjlighet att välja relativt nypublicerade artiklar i vår granskning. Det ger en större trovärdighet och gör resultat mer aktuellt.

Vid arbetet att skapa teman under rubriker var det ibland svårt att skilja dem åt och gemensamt diskuterades arbetet för att få en struktur av de rubriker som framträdde vid arbetets gång.

Våra språkkunskaper innefattar inte mer än svenska och engelska vilket ger en svaghet i studien då det innebär att vi inte kunnat ta del av all publicerad kunskap. Google translate användes som hjälp för att översätta artiklarna.

Sex artiklar var från USA, en från Kanada, en från Singapore och en två från Australien. Artiklar från Sverige som besvarade syftet hittades inte vilket kan innebära att resultatet påverkats. Den ekonomiska aspekt som visas i resultatet kan påverkas av att USA inte har

samma tillgång till sjukvård för alla medborgare. De har ett system med egna försäkringar som påverkar tillgång till sjukvård. Endast en artikel återfanns som undersökte om det fanns någon skillnad i egenvård mellan män och kvinnor. Vi hittade inte någon mer med samma tema men ansåg att den ändå var av intresse utifrån vårt syfte. Vid genomgången av artiklar noterades det att flertalet beskriver olika hinder som patienter upplever gentemot utförandet av egenvård, medan artiklar som studerat motiverande faktorer till egenvård vid hjärtsvikt var svåra att finna. Detta kan ha påverkat studiens resultat.

Resultatdiskussion

I resultatet beskrivs olika faktorer som har betydelse för egenvård vid hjärtsvikt. Patientens ålder är en sådan faktor. Äldre patienter har svårt att tyda vilka tecken som ska uppmärksammas för att vidta egna åtgärder och inser inte att det är en försämring av sjukdomen som påverkar dem. Det leder till att patienterna i stället tar kontakt med sjukvården för att få råd och anvisningar hur de ska hantera de förvärrade symtomen. Anhöriga och vänner spelade ofta en viktig stor roll för patienterna vad gällande utövandet av egenvård. Emotionella och fysiska faktorer var också faktorer som påverkade egenvårdsförmågan både negativt och positivt. Den information patienterna fick via sjukvården om hjärtsvikt och egenvård upplevdes ofta som otillräcklig och patienterna beskrev att ytterligare information skulle ha varit till nytta. Resultatet visade också att de patienter som förstår orsak och verkan av både mediciner och aktiviteter fick en bättre följsamhet av egenvård. I resultatdiskussionen har vi valt att utgå från ett sjuksköterskeperspektiv.

Individanpassad information utifrån ett livsvärldsperspektiv

Resultatet visar att patienter som känner att de får tillräckligt med information och förstår orsak och verkan blir mer engagerade i sin egenvård. Detta resultat bekräftar av studier där patienterna upplevde ett behov av mer information då den upplevdes bristfällig vilket resulterade i att patienterna inte hade kännedom om vilka symtom som ska observeras eller vilka åtgärder som behövdes (Lockhart, Foreman, Mase & Heisler 2014; Holden et al. 2015a). Vid mötet med patienten bör vårdaren uppmärksamma patientens livsvärld för att den hälsofrämjande informationen ska bibehållas och ge resultat (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 109–110). Känslan av att vara delaktig medför att patienten känner kontroll över sin situation och kan påverka sitt välbefinnande (Ekebergh 2015, s. 127).

Resultatet visar att det finns brister i information och möjligheten till delaktighet i mötet med patienten. Det finns flera förhållningssätt som kan hjälpa sjuksköterskan i mötet med patienten för att få patienten att känna sig delaktig och förstå sammanhang, det vill säga orsak och verkan av symtom och behandling. I enlighet med patientlagen (SFS 2014:821) skall vården utforma behandlingen tillsammans med patienten. Patientens önskemål skall också synliggöras och vården skall utgå från dennes individuella förutsättningar.

I arbetet som sjuksköterska kan man arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att sjuksköterskan tillsammans med patienten utformar vad som behövs för just denna patient genom att utgå från patientens livsvärld där patientens egna synpunkter och mål synliggörs (Arborelius 2013, s. 191). Genom att få patienten att känna sig delaktig och vara med att utforma sin

vård blir det ett vårdande möte. Detta resultat bekräftas i studien av Dudas et al. (2012) där resultatet visar att de patienter som vårdades enligt personcentrerat förhållningssätt upplevde sig mer säkra på vad behandling och egenvård innebar.

I det vårdande mötet mellan sjuksköterska och patient där information ges, kan sjuksköterskan använda ett förhållningssätt som benämns Patient Empowerment i vilket patientens egen upplevelse av sjukdomen tas till vara. Patient och sjuksköterska bestämmer tillsammans utifrån patientens egen erfarenhet och resurser hur egenvården ska utformas (Insulander & Björvell 2013, ss. 135–136). Syftet är att patienten ska vara delaktig i de beslut som innebär behandling av hjärtsvikt och på så sätt få förståelse för hur han eller hon själv kan påverka sin hälsa. Vid förståelse av sammanhang kan patienten själv påverka sin hälsa och på sikt undvika sjukhusvistelser och få ett ökat välbefinnande.

Motiverande samtal är en kommunikationsmetod som är personcentrerad och fokuserad på att ta tillvara på patientens perspektiv och vilja för att utföra en livsstilsförändring. Genom att försöka förstå patientens livsvärld kartlägger sjuksköterskan vad patienten själv kan förändra i sitt liv (Österlund Efraimsson 2013, s. 210).

När patienten inte får tillräcklig eller bra information om sin sjukdom efterlevs egenvårdsråden i lägre grad. Det leder till att patienten blir sämre i sin sjukdom och ibland behöver uppsöka sjukvård. I sjuksköterskans arbete är förhållningssättet hög grad avgörande. Den personcentrerade vården är ett verktyg som kan hjälpa patienterna till insikt om betydelsen av egenvård och behandling samt till en förståelse för de följder som en försämring av sjukdomen kan leda till. Denna insikt och kunskap skapar möjlighet till patient empowerment.

Identifiering av symptom

Resultatet visar att patienter har problem med att identifiera symptom som hör ihop med hjärtsvikt och det rörde sig främst om äldre patienter, kvinnor och de som nyligen diagnostiserats med hjärtsvikt. Det medförde en försämrad insikt i vilka symptom de bör vara uppmärksamma på och betydelsen av egenvård för symptomkontroll, vilket ledde till att de förlitade sig på sjukvården vid försämring. Osäkerheten ledde till att patienter inte insåg vikten av att vidta åtgärder vid försämring och uttryckte att de väntade och såg vad som hände (Holden et al. 2015a; Riegel, Vaughan Dickson & Topaz 2013; Vaughan Dickson, Buck & Riegel 2011). Resultatet visar även att patienter bortförklarade symtomen med någon annan åkomma de har vilket styrktes i artikeln av Vaughan Dickson, Buck och Riegel (2011). Vid behandling av hjärtsvikt är egenvård en viktig del och om patienten inte har insikt leder det till en försämrad hälsa. Som sjuksköterska är det viktigt att få patienten att känna sig delaktig och förstå helheten i sjukdomen genom att få en känsla av sammanhang. Begreppet KASAM, det vill säga känslan av sammanhang och dess tre centrala komponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky 2005, s. 17, 43) kan kopplas till vikten av att som patient kunna förstå och uppfatta de signaler kroppen ger och det de känner för att ta tillvara på de resurser som finns. Vid insikt om sammanhang känner patienten en delaktighet och kan förstå syftet av handlingar (Wiklund 2003, s. 250). Om sjuksköterska får patienten att känna sig delaktig, känna att det finns en mening med egenvård och att efterleva de råd som hälso- och sjukvården ger blir följden hälsa för patienten. Detta styrks i studien

utförd av Sethares och Asselin (2017) där syftet var att undersöka hur egenvårdskapaciteten förändras genom att använda reflektion vid patientmötet. Resultatet visar att patienten genom möjlighet till reflektion fick mer förståelse för sin kropps signaler och sambandet för att utföra egenvård. I boken av Gibbs (2013, s. 45) beskrivs Gibbs reflektionscykel med frågor som får patienten att reflektera om vad som hände, hur patienten kände, vad som kunde gjorts annorlunda och alternativ till handling vid liknande situationer. Känslan av att vara delaktig medför att patienten känner kontroll över sin situation och kan påverka sitt välbefinnande (Faskunger 2013, s. 121). När sjuksköterskan i sitt möte med patienten använder reflektion hjälper det patienten med att upptäcka samband och mening med behandling. Patienten får genom reflektionen hjälp att upptäcka sin reaktion och hjälp att identifiera vad som händer vilket blir till hjälp vid framtida händelser. Genom att patienten får insikt och känner en delaktighet i sin behandling genom egenvård får det en innebörd vilket gör det lättare för patienten att se sambandet och kan då utföra de egenvårdsåtgärder som krävs vid försämring samt uppmärksamma sin egen situation och få förståelse på hur kroppen reagerar på sjukdomen.

Genus och dess betydelse vid hjärtsviktssjukdom

Resultatet visar att män och kvinnor som har hjärtsvikt reagerar och hanterar sin situation på olika sätt. Kvinnor känner sig mer osäkra i sin situation än män vilket även påverkar deras följsamhet av egenvård. Kvinnor förlitar sig mer på sjukvården och tar inte lika ofta egna initiativ till att förbättra sin hälsa. Detta resultat styrks i studien av Burström, Brännström, Boman och Strandberg (2011) bestående av enbart kvinnor där resultatet visar att de ofta har svårt att förstå anledningen till de symtom som uppkommer vilket medför att de känner sig oroliga och osäkra med att utföra egenvård. Kvinnor med hjärtsvikt hade sämre tillit till den egna förmågan för att utföra egenvård vilket styrks av Stamp (2012). Vidare visar resultatet att kvinnor kan uppvisa annorlunda symtom än män. Hjärt- och Lungfonden (2013, s. 12) beskriver att det finns en skillnad mellan kvinnor och mäns symtombild vid hjärtsvikt som medför att diagnostisering av hjärtsvikt hos kvinnor kan vara mer komplicerad att identifiera och vidta rätt behandling. Vidare beskrivs den typ av hjärtsvikt som ofta drabbar kvinnor och äldre där hjärtsvikt med bevarad pumpförmåga men med en störd fyllnadsfas förekommer. De som drabbas lider ofta av flera sjukdomar som hypertoni, förmaksflimmer och diabetes. Enligt Stamp (2012) är det oklart om kvinnor fick informationen utformad för de specifika symtom som de uppvisar och en därefter anpassad egenvårdsplan att utföra. Detta spelar stor roll för kvinnors tillit och tilltro till den egna förmågan till egenvård. Då egenvård utgör en betydande del av behandlingen och som symtomlindring är det viktigt att sjuksköterskan synliggör patientens symtom då det kan skilja sig åt mellan könen. Dahlberg & Segesten (2010, s. 154–155) beskriver att sjuksköterskan genom ett öppet och följsamt förhållningssätt vid mötet med patienten kan uppmärksamma livsvärlden som patienten upplever och erfar den.

I en studie av Pressler (2016) där syftet var att undersöka andelen kvinnor som deltagit i tidigare studier visade resultatet att kvinnor är underrepresenterade i studier av hjärtsviktspatienter. Resultatet var oväntat och väcker funderingar hos författarna då de flesta studier om hjärtsvikt gjorts består mestadels av män. Eftersom symtombilden kan skilja sig åt mellan män och kvinnor är inte resultatet självklart överförbart till kvinnors

situation. Detta innebär att fler studier behöver göras på kvinnor med hjärtsvikt, om könsspecifika symtom och utformningen av egenvårdsråd för kvinnor för att säkerställa adekvat behandling.

Hållbar utveckling

Pellmer, Wramner & Wramner (2012 s. 207) beskriver hållbar utveckling utifrån tre dimensioner som utgår från ekonomisk, ekologisk och sociala aspekter.

Vårdtillfällen vid komplicerad hjärtsvikt och chock 2013 uppskattades till ungefär 3000 stycken och beräknades kosta 66 000 i genomsnitt för varje patient där varje vårdtillfälle i genomsnitt varade i 9,1 vård dagar (Socialstyrelsen 2015, s. 31). Inneliggande sjukhusvård står för 70 % av kostnaderna för behandling av hjärtsvikt (Läkemedelsverket 2013). Genom att använda metoden "teach back" vid undervisning om egenvård så optimeras patienternas inläring genom att patienten får återberätta vad den lärt sig med hjälp av kontrollfrågor. Denna metod gav 12% lägre återinläggningar. En oväntad men positiv följd var även att vårdtiden vid en återinläggning minskade, vilket tordes bero på patientens större förståelse för sin hjärtsvikt (Robinson, Jordan, Lawrence, Casey & Salas-Lopez 2015). Patienters förmåga att utföra egenvård är i många fall avgörande för ifall hjärtsvikten försämras så pass att inneliggande sjukhusvård krävs. Genom minskat antal vårdtillfällen och förkortad vårdtid kan det diskuteras att egenvård ger både minskat lidande samt att samhällets kostnader för hjärtsvikt minskar. Utifrån detta kan resonemang diskuteras ytterligare att egenvård bidrar till en hållbar utveckling för hälso- och sjukvården.

Den ekologiska vinsten som egenvården innebär, ligger bland annat i det minskade behovet av sjukhusinläggningar. När patienter blir försämrade i sin hjärtsvikt kan de ibland behöva söka till sjukhus alternativt till annan vårdgivare. Att ta sig dit kräver ofta en transport som i många fall innebär en belastning på miljön. Förvärrad hjärtsvikt leder till att läkemedel används i högre utsträckning. Dessa läkemedel kommer i efterskedet ut i vårt vatten och således påverkar den ekologiska miljön för djuren och naturen. Människor med en god hälsa har också bättre förutsättningar att kunna jobba aktivt med miljöförbättringar. De kan även ha en aktivare livsstil och promenera samt cykla vilket kan leda till bättre fysik och minskade sjukskrivningar. Vid sjukhusinläggningar är det av stor vikt att förhindra smittspridning, därför används engångsprodukter i form av förkläden samt handskar. Dessa är gjorda av plast som både vid tillverkning och vid nedbrytning ger en stor miljöpåverkan, trots källsortering.

Dahlberg och Segesten (2010, ss. 105–108) beskriver att begreppet patient är problematiskt eftersom det kan tolkas ha innebörden att en patient är en passiv mottagare av vård. Därför det viktigt att belysa vikten av patientens delaktighet i vården. Genom delaktighet skriver Dahlberg och Segesten (2010, s. 108) kan livsvärlden användas som grund för hälsofrämjande arbete.

Vid patientmötet där patientens autonomi och egna resurser lyfts fram blir patienten delaktig och på så sätt blir egenvården utformad så att patienten förstår innebörden. Sjuksköterskan förhållningssätt där patienten blir delaktig medför en bättre hälsa för

patienten och minskar lidande. Vid ett möte som inte blir vårdande kan det på lång sikt leda till inläggning på sjukhus och kostnader för sjukvården.

SLUTSATSER

Slutsatser vi kan dra med hjälp av resultatet är att patienter med hjärtsvikt har ett behov av att få information och kunskap om sin sjukdom. Information om symtom och egenvård behöver vara individanpassad då resultatet bland annat påvisar skillnader beträffande förståelse för symtom och förmåga till egenvård relaterat till kön och ålder. Studiens resultat kan användas i arbetet med hjärtsviktpatienter då den belyser viktiga faktorer som främjar eller utgör barriärer för följsamhet vid egenvård. Vid brist på förståelse för behandling och egenvård får patienten en sämre hälsa. Resultatet visar att brist på kunskap om vilka symtom som tyder på försämrad hjärtsvikt är en faktor som sjukvården behöver uppmärksamma för att patienten ska kunna optimera sin egenvård och således hälsa. Skillnaden mellan könen angående symtom och upplevd hälsa är även det en faktor som vid behandling påverkar hälsan, Det brister i kunskap om hur kvinnor med hjärtsvikt påverkas vilket är en anledning till att ytterligare forskning inom detta område behövs. Vid arbetet som sjuksköterska är det till hjälp att veta att information är en grund i arbetet med patienten för att få livskvalitet och en bättre hälsa. Patientens anhöriga spelar en viktig roll då de ofta stöttar och hjälper patienten med den dagliga egenvården vilket medför att de bör involveras vid möten där information ges. Studiens resultat kan användas i arbetet med hjärtsviktpatienter då den belyser viktiga faktorer som främjar, eller utgör barriärer för, följsamhet vid egenvård.

REFERENSER

Artiklar som markerade med * ingår i resultatet.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2. uppl., Stockholm: Natur och kultur.

American heart association. (2017). *Classes of Heart Failure*.
http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp#.WfWtgRPWzOQ [2017-10-31]

Arborelius, E. (2013). Att tala med patienter om levnadsvanor. I Klang Söderkvist, B. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur AB, s.189–207.

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 203–220.

Boyde, M, Peters, R., Hwang, R., Korczyk, D, Ha, T. & New, N. (2015). The Self-care Educational Intervention for Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(2), ss.165–170. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000318

*Buck, H.G., McAndrew, L., Dionne-Odom, J.N., Wion, R. & Riegel, B. (2015). “What Were They Thinking?” Patients Cognitive Representations of Heart Failure Self-Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 64(2), ss. 249–259. DOI:10.1097/NJH.0000000000000156

Burström, M., Brännström, M., Boman, K. & Strandberg, G. (2011). Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), ss.816–825. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05782.x

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dudas, K., Olsson, L-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M. & Ekman, I. (2012). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 12(6), ss.521–528. DOI: 10.1177/1474515112472270

Ekebergh, M. (2015). Vårdande möten. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber AB, s.121–226.

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

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning

Faskunger, J. (2013). Beteendeförändringar - att hjälpa patienter med livsstilsfrågor. I Klang Söderkvist, B. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur AB, s.115–134.

Friberg, F. (2012). Att bidra med evidensbaserad omvårdnad med grund i kvalitativ forskning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur. ss. 121–132.

Gibbs, G. (2013). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
<https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf> [2017-12-27]

Hjärt-Lungfonden. (2017). *Aortasjukdomar. En skrift om aortaaneurysm och aortadissektion*.
https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Aortasjukdomar_2017_WEB.pdf [2018-01-22]

Hjärt-Lungfonden. (2016). *Hjärtsvikt. En skrift om försämrad pumpfunktion*.
https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hj%C3%A4rtsvikt_2016_webb.pdf [2017-10-31]

Hjärt-Lungfonden. (2013). *Kvinnors hjärtan. En skrift om hjärt-kärlsjukdomar hos kvinnor*.
https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Tema_Kvinnorshj%C3%A4rtan_2013.pdf [2017-12-30]

Holden, R.J., Schubert, C.C., Eiland, E.C., Storrow, A.B., Miller, K.F. & Collins, S.P. (2015a). Self-care barriers Reported by Emergency Department Patients with Acute Heart Failure: A Sociotechnical System-Based Approach. *Annals of Emergency Medicine*, 66(1), ss. 1–12. DOI: 10.1016/j.annemermed.2014.12.031

*Holden, R.J., Schubert, C.C & Mickelson, R.S. (2015b). The patient work system: An analysis of self-care performance barriers among elderly heart failure patients and their informal caregivers. *Applied Ergonomics*. 47, ss. 133–150. DOI: 10.1016/j.apergo.2014.09.009

Insulander, L. & Björvell, H. (2013). *Patient empowerment- ett förhållningssätt i mötet med patienten*. I Klang Söderkvist, B.(red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 135–158.

*Jowsey, T., Pearce-Brown, C., Douglas, K.A. & Yen, L. (2014). What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in self-management behavior? *Health Expectations*, 17(2), ss. 267–277. DOI: 10.1111/j.1369-7265.2011.00744.x

Langius-Eklöf, A. (2013). Salutogenes och känsla av sammanhang. I Klang Söderkvist, A. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 85–114.

Lockhart, E., Foreman, J. Mase, R. & Heisler, M. (2014). Heart failure patients' experiences of a self-management peer support program: A qualitative study. *Heart & Lung- The Journal of Acute and Critical Care*, 43, ss. 292–298. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2014.04.008

Läkemedelsverket (2013). Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt – Behandlingsrekommendation. (1:2006) Stockholm: Läkemedelsverket https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/hjartsvikt_bokmarken.pdf [2017-11-16].

Orem, D.E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6 uppl. St Louis, Missouri: Mosby Year Book.

Orem, D.E. (2003). The art of nursing in hospital nursing service: an analysis. I McLaughlin-Renpenning, K. & Taylor, S.G. (red.) *Self-care theory in nursing. Selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer, ss. 6–17.

Persson, M. & Eriksson, B. (2015). Hjärtsvikt. I Brolin, E. (red.) *Läkemedelsboken*. https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/hjartsvikt.html?search=hj%C3%A4rtsvikt&id=e2_3#e2_3 [2017-11-27]

Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). Globalisering och hållbar utveckling. I Olsson, A.E.-M. (red.) *Grundläggande folkhälsovetenskap*. 3.uppl., Stockholm: Liber AB, ss. 204–226.

*Piamjariyakul, U., Smith, C., Werkowitch, M. & Elyachar, A. (2012). Part I: Heart failure home management: Patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives. *Applied Nursing Research*, 25(4), ss. 239–245. DOI: org/10.1016/j.apnr.2011.05.001

Pressler, S.J. (2016). Women With Heart Failure Are Disproportionately Studied as Compared With Prevalence. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 31(1), ss. 84–88. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000212

*Reeder, K.M., Ercole, P.M., Peek, G.M. & Smith, C.E. (2015). Symptom Perceptions and Self-care Behaviors in Patients Who Self-manage Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 30(1), ss. E1-E7. DOI: 10.1097/JCN000000000000011

*Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Cameron, J., Johnson, J.C., Bunker, S., Page, K. & Worall-Carter, L (2010a). Symptom Recognition in Elders With Heart Failure. *Journal of Nursing Scholarship*. 42(1), ss. 92–100. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2010.01333.x

*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), ss. 888–895. DOI: 10.1016/j.jnurstu.2009.12.01

Riegel, B., Vaughan Dickson, V. & Topaz, M. (2013). Qualitative Analysis of Naturalistic Decision Making in Adults With Chronic Heart Failure. *Nursing Research*, 62(2), ss. 91–98. DOI:10.1097/NNR.0b013e318276250c

Robinson, P.D., Jordan, M., Lawrence, S., Casey, K & Salas-Lopez, D. (2015). Reducing Readmissions Using Teach-Back. *Journal of Nursing Administration*. 45 (1), ss. 35–42. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000155

*Seah, A., Tan, K., Huang Gan, J. & Wang, W. (2016). Experience of Patients Living With Heart Failure. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(4), ss. 392-399. DOI:10.1177/1043659615573840

Sethares, K. & Asselin, M.E. (2017). The effect of guided reflection on heart failure self-care maintenance and management: A mixed methods study. *Heart and Lung*, 46, ss. 192–198. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2017.03.002

*Seto, E., Leonard, K.J., Cafazzo, J.A., Masino, C., Barnsley, J. & Ross, H.J. (2011). Self-care and Quality of Life of Heart Failure Patients at a Multidisciplinary Heart Function Clinic. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(5), ss. 377–385. DOI: 10.1097/JCN.0b013e31820612b8.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821 [2017-11-12]

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 Hjärtsjukvård*.
<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2015-12-16-Bilaga-C.pdf>
[2017-12-30]

Stamp, K.D. (2012). Diastolic Heart Failure in Women, Expanding Knowledge About Self-care Practises. *Nursing for Women's Health*, 16(6), ss. 495–500. DOI: 10.1111/j.1751-486X.2011.01777.x

Vaughan Dickson, V., Buck, H. & Riegel, B. (2011). A Qualitative Meta-Analysis of Heart Failure Self-Care Practices Among Individuals With Multiple Comorbid Conditions. *Journal of Cardiac Failure*, 17(5), ss. 414-419. DOI: 10.1016/j.cardfail.2010.11.011

*Vaughan Dickson, V., Deatrck, J.A & Riegel, B. (2008). A typology of heart failure self-care management in non-elders. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 7(3), ss. 171–181. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2007.11.005

1177 vårdguiden (2015). Hjärtsvikt. <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Hjartmuskelinflammation/> [2018-01-27]

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur

Österlund Eframsson, E. (2013). Motiverande samtal. I Klang Söderkvist, B. (red.)
Patientundervisning. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 209–227

BILAGOR

Bilaga 1.

ARTIKEL	SYFTE	URVAL	METOD	RESULTAT
<p>FÖRFATTARE: Buck, H.G., McAndrew, L., Dionne-Odom, J.N., Wion, R. & Riegel, B</p> <p>ÅRTAL: 2015</p> <p>TITEL: What Were They Thinking? Patients Cognitive Representations of Heart Failure Self-care.</p> <p>TIDSKRIFT: Journal of Hospice & Palliative Nursing</p>	<p>Syftet med denna studie var att identifiera och undersöka patienternas kognitiva förmåga, det vill säga undersöka hur patienten bearbetar och uppfattar information samt hur patienten använder och tolkar denna information vid egenvården av hjärtsvikt.</p>	<p>Inklusionskriterier: - Vara minst 18 år. - Haft diagnosen hjärtsvikt i minst ett år. - Prata engelska. - 13 stycken deltog varav två kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ studie. En deskriptiv utforskande studie. Intervjuer enligt Situation Specific Theory.</p>	<p>Den egenvård som innebär dagliga kontroller som kost, medicinering och motion var det patienterna som klarade bäst. Patienterna angav åtgärder för egenvård som avslappning, distraktion eller förnekelse och dessa är inte inom riktlinjer för att utföra egenvård. Vid egenvård avviker patientens handlande i stor utsträckning från riktlinjer. Essentiella handlingar upplevdes av patienten som egenvård.</p>
<p>FÖRFATTARE: Holden, R.J., Schubert, C.C & Mickelson, R.S.</p> <p>ÅRTAL: 2015</p> <p>TITEL: The patient work system: An analysis of self- care performance barriers among elderly heart failure patients and their informal caregivers.</p> <p>TIDSKRIFT: Applied</p>	<p>Syftet var att undersöka de barriärer som hindrar utförande av egenvård hos äldre patienter och deras anhöriga.</p>	<p>Inklusionskriterier: -Äldre patienter med förvärrad hjärtsvikt. -30 patienter med hjärtsvikt varav 13 kvinnor. -14 informella vårdgivare</p>	<p>Kvalitativ studie. Data samlades in från forskningsintervjuer, undersökningar och journaler. Semistrukturerade intervjuer utfördes vid besök på kliniken.</p>	<p>Resultatet visar att barriärer som hindrar att patienter utför egenvård består av demografiska, fysiska, psykiska, funktionella begränsningar, kunskap, motivation och attityd.</p>

Ergonomics				
<p>FÖRFATTARE: Jowsey, T., Pearce-Brown, C., Douglas, K.A. & Yen, L.</p> <p>ÅRTAL: 2014</p> <p>TITEL: What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in self-management behavior?</p> <p>TIDSKRIFT: Health Expectations</p>	<p>Syftet var att undersöka vilken sorts motivation som har en positiv eller negativ inverkan på viljan att utföra egenvård i en mångfaldig grupp av äldre australiensare och föreslå direktiv för att öka patientens motivation för att utföra egenvård effektivt.</p>	<p>Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ålder mellan 45–85 år. -Diabetes typ2 och -Hjärtsvikt och/eller kronisk obstruktiv sjukdom <p>-52 deltagare varav 24 kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semi strukturerade intervjuer.</p>	<p>Resultatet blev att det fanns två faktorer som påverkar viljan till egenvård vilket beskrivs som yttre och inre faktorer. Inre faktorer som motiverade patienten hade oftast en positiv inverkan till att utföra egenvård. De inre faktorer som beskrivs är patientens önskan att optimera sin hälsa; sitt välbefinnande och behålla sin självständighet. Yttre motivation uppstod ofta av samverkan med familj; vårdgivare och vårdpersonal. Olika faktorer som motiverar inverkade parallellt och de motiverande faktorerna påverkade patienterna både positivt och negativt.</p>
<p>FÖRFATTARE: Piamjariyakul, U., Smith, C., Werkowitch, M. & Elyachar, A.</p> <p>ÅRTAL: 2012</p> <p>TITEL: Part I: Heart failure home management: Patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers' perspectives</p> <p>TIDSKRIFT:</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva patient-, hälsovårdspersonal och vårdgivares perspektiv på hur man bäst kan förbereda och introducera kunskap om vad egenvård vid hjärtsvikt innebär.</p>	<p>Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klar och adekvat engelska. -Läsa och prata engelska. -Diagnos systolisk hjärtsvikt. -Sedan minst ett år ingå i utbildningsprogram via sjukhuset. <p>-30 patienter varav 14 kvinnor.</p> <p>-17 vårdgivare</p>	<p>Kvalitativ forskningsstudie</p> <p>Åtta fokusgrupper diskuterar med patienter och vårdpersonal och 17 individuella telefonintervjuer med anhöriga.</p>	<p>De viktigaste faktorerna som patienter, vårdpersonal och vårdgivare uppfattade var följande faktorer: engagemang av anhöriga, kontinuerlig inläring om hjärtsvikt, acceptans och hantering av hjärtsvikts diagnos, lärande från andra patienter med hjärtsvikt, vägledning för daglig problemlösning,</p>

Applied Nursing Research		-17 anhöriga		livsstilsförändringar och finansiella resurser
<p>FÖRFATTARE: Reeder, K.M., Ercole, P.M., Peek, G.M. & Smith, C.E.</p> <p>ÅRTAL: 2015</p> <p>TITEL: Symptom Perceptions and Self-care Behaviors in Patients Who Self-manage Heart Failure.</p> <p>TIDSKRIFT: Journal of Cardiovascular Nursing</p>	<p>Syftet med studien var att utforska patienters uppfattning om symtom och handlingsätt vid egenvård med syfte att minska symtomen som ledde till inläggning på sjukhus.</p>	<p>Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inneliggande patienter med en förvärrad hjärtsvikt. -18 år eller äldre. -Pigg och orienterad. -Samtycka att medverka. -Prata och läsa engelska. -Ej få hjälp av hemsjukvård. -60 deltagare varav 27 kvinnor. 	<p>En utforskande tvärsnittsstudie. Semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ metod.</p>	<p>Resultatet visade att 37 patienter hade haft en känsla av att något inte kändes bra innan de fick symtom men kunde inte specificera dessa. Dyspnè, fatigue ödem var de symtom som patienterna identifierade vid försämring av hjärtsvikt. Få patienter relaterade symtomen som en försämring i sin sjukdom och mest skyllde patienterna på symtomen på ändring av kost och läkemedelsbehandling . 26 av patienterna använde sig av egenvård för att upptäcka symtom innan de sökte sjukhusvård. Mer än 40% av patienterna hade symtom i två veckor innan de sökte till sjukvården.</p>

<p>FÖRFATTARE: Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Cameron, J., Johnson, J.C., Bunker, S., Page, K. & Worall- Carter, L ÅRTAL: 2010 TITEL: Symptom recognition in Elders With Heart Failure. TIDSKRIFT: Journal of Nursing Scholarship</p>	<p>Syftet med denna studie var att bedöma om åldrandet har samband med mindre förmåga att förstå och tolka fysiska symtom som uppkommer vid hjärtsvikt.</p>	<p>Inklusionskriterier: -Diagnos av hjärtsvikt minst sex månader innan medverkan i studien. -NYHA II och III. -Mentalt stabila efter test med Mini mental state exam. -29 deltagare varav 13 kvinnor.</p>	<p>En studie med tvärsnittets mixad metod. Intervjuer med deltagare som kompletterats med kvantitativa data från journaler.</p>	<p>Äldre patienter hade svårigheter med att relatera symtom till förvärrad hjärtsvikt och var mer osäkra då de konsulterade sjukvården vid symtom. Yngre patienter kunde tolka och relatera de symtom som påvisar försämrad hjärtsvikt och vidtog egna åtgärder för att förbättra sin hälsa.</p>
<p>FÖRFATTARE: Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Kuhn, L., Page, K & Worall- Carter, L. ÅRTAL: 2010 TITEL: Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self- care: A mixed methods study. TIDSKRIFT: International Journal of Nursing Studies</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva egenvård hos hjärtsviktspatienter hos män och kvinnor och att identifiera könsspecifika hinder och hjälpmedel som påverkar egenvård vid hjärtsvikt.</p>	<p>Inklusionskriterier: -Diagnos av NYHA II eller III minst sex månader innan. -Diagnos hjärtsvikt minst sex månader. -27 deltagare varav åtta kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ studie. Tvärgenomsnittlig komparativ mixad metodstudie. Semistrukturerade intervjuer genomfördes på sjukhus. Kompletterad med kvantitativa data från journaler.</p>	<p>Studien fann inga konsekventa könsspecifika skillnader vid utförande av egenvård, men det fanns tydliga könsskillnader i de beslut som fattades för att tolka och reagera på symtom. Männen var bättre än kvinnorna vid tolkningen av symtom som var relaterade till hjärtsvikt och vid initierande behandling. Dessa skillnader förknippades med skillnader i självförtroende, socialt stöd och sinnesstämning.</p>

<p>FÖRFATTARE: Seah, A., Tan, K., Huang Gan, J. & Wang, W. ÅRTAL: 2016 TITEL: Experience of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study. TIDSKRIFT: Journal of Transcultural Nursing,</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka upplevelse, behov och strategier som patienter med hjärtsvikt har i Singapore.</p>	<p>Inklusionskriterier: -21 år eller äldre. -Haft diagnos av hjärtsvikt i minst ett år. -Prata engelska eller mandarin. -15 deltagare varav två kvinnor.</p>	<p>En deskriptiv kvalitativ utformning med semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Patienterna uttryckte att känslan de har att leva med hjärtsvikt är att sjukdomen är utanför deras kontroll. De kände sig klivna mellan sjukdom och normaltillstånd vilket ledde till osäkerhet angående framtiden. Patienterna beskrev att de påverkades psykiskt av sin diagnos och kände att de blev en börda för familjen. De beskrev hur de hanterade sjukdomen</p>
<p>FÖRFATTARE: Seto, E., Leonard, K.J., Cafazzo, J.A., Masino, C., Barnsley, J. & Ross, H.J. ÅRTAL: 2011 TITEL: Self-care and Quality of Life of Heart Failure Patients at a Multidisciplinary Heart Function Clinic TIDSKRIFT: Journal of Cardiovascular Nursing</p>	<p>Syftet för studien var att undersöka livskvalitet och egenvård hos patienter på en Kardiologisk klinik och undersöka sambandet mellan egenvård och livskvalitet.</p>	<p>Inklusionskriterier: -Diagnos hjärtsvikt. -18 år eller äldre. - Tala och läsa engelska. - Beräknad överlevnad mer än ett år. - LVEF mindre än 40% -94 deltog varav 20 kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ studie Först samlades deskriptiva data in. Data samlades in genom formulär. -Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). -Specific Activity Scale. -Self-care of Heart Failure Index. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor spelades in.</p>	<p>Resultatet visade de patienter som utförde egenvård och följde de riktlinjer som sjukvården har gemensamma faktorer. Dessa var att patienterna hade en lägre ejektionsfraktion, var äldre, hade bättre funktionell status, högre självförtroende och mindre andra sjukdomar. -Faktorer som bidrog till högre livskvalitet var att vara äldre, god fysisk förmåga, högre tillit till sin egen förmåga med att utföra egenvård och färre andra sjukdomar i botten. Intervjuerna visade att de som hade högre</p>

				tillit angående egenvård hade högre livskvalitet. Ångest och depression förhindrade en bra livskvalitet. Brist på utbildning av egenvård, ekonomiskt dilemma, att inte förstå nyttan av egenvård och ha en sämre förmåga till egenvård medförde sämre livskvalitet.
<p>FÖRFATTARE: Vaughan Dickson, V., Deatrck, J.A & Riegel, B. ÅRTAL: 2008 TITEL: A typology of heart failure self-care management in non-elders. TIDSKRIFT: European Journal of Cardiovascular Nursing</p>	<p>Syftet i studien var att undersöka hur förmågan till att utföra egenvård påverkas av patientens attityd, förmåga till att utföra egenvård och kunskap</p>	<p>Inklusionskriterier; -NYHA II eller III minst tre månader innan studiens start. -18-65 år. -Prata och skriva engelska. -41 deltagare varav 15 kvinnor.</p>	<p>En studie med en mixad metod bestående av kvantitativa och kvalitativa data. Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Kvantitativ komplettering med: -Self-care of Heart Failure Index. -Digital symbol substitutions task. -Probed Memory Recall. -Letter-Number Sequencing.</p>	<p>Tre grupper identifierades: experter, nybörjare och de som var inkonsekventa. De så kallade experterna hade erfarenhet och skicklighet i att utföra egenvård, vilket nybörjare saknade, och uppvisade en positiv attityd gentemot sin egen förmåga till egenvård. De flesta patienterna (71%) klassificerades som inkonsekventa, vilket associerades med nedsatt kognition, dålig fysisk funktion, negativa attityder och dålig förmåga att utföra egenvård.</p>

Bilaga 2.

Databas	Datum	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
Cinahl	24/11 2017	” heart failure” AND experience* AND “self-care” AND patient*	Utgivna mellan år 2008–2017. Peer Review. Engelska, Abstract, Referens tillgänglig	89	25	10	5
Cinahl	24/11 2017	” Heart failure” AND “self-care” AND experience AND patient	Utgivna mellan år 2008–2017. Peer Review. Engelska, Abstract, Referens tillgänglig	76	18	7	1
Cinahl	24/11 2017	“Heart failure” AND “self-management” AND patient*	Utgivna mellan år 2008–2017. Peer Review. Engelska, Abstract, Referens tillgänglig	194	8	3	2
Pubmed	24/11 2017	” Heart failure” AND “self-care” AND experience*	Utgivna mellan år 2008–2017. Peer Review. Engelska, Abstract, Referens tillgänglig	133	9	3	1
Manuell sökning	26/11 2017	“self-care AND “experience”	Utgivna mellan år 2008–2017. Peer Review. Engelska, Abstract, Referens tillgängligt. Journal article. Sciece Direct Journals	157	10	8	1