



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Personers upplevelser av att utföra egenvård vid hjärtsvikt

En litteraturstudie

Madeleine Lindberg  
Annika Lundman

2018

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Sjuksköterskeprogrammet  
Examensarbete inom omvårdnad

Handledare: Malin Söderberg  
Examinator: Elisabeth Häggström

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** När hjärtats förmåga att pumpa runt syresatt blod i kroppen minskar, benämns det hjärtsvikt. Av alla 180 000–350 000 personer som idag lever med hjärtsvikt i Sverige är nio procent över 80 år. Vanliga symtom av hjärtsvikt är trötthet, ödem, andfåddhet samt hjärklappning. Begreppet egenvård är åtgärder en individ kan utföra på egen hand för att upprätthålla hälsa, minska symtom samt följsjukdomar.

**Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva personers upplevelser av att utföra egenvård vid hjärtsvikt samt beskriva artiklarnas undersökningsgrupper.

**Metod:** En beskrivande litteraturstudie där resultatet baseras på nio systematiskt granskade vetenskapliga artiklar. Fem med kvalitativ och en med kvantitativ ansats samt tre med mixad metod.

**Huvudresultat:** I litteraturstudiens resultat framkom att delaktighet i planering och utförandet av egenvård upplevdes positivt. Kroppskännedom samt bättre kunskap om hjärtsvikt och egenvårdsåtgärder underlättade utförande av egenvård. Att utföra egenvårdsåtgärder upplevdes genomförbart och tryggt med stöd och individanpassning. Antal deltagare var 354 stycken och åldersspannet var 18–92 år i de nio inkluderade artiklarna. Resultatet av litteraturstudien visar att 67% av deltagarna var män och 33% kvinnor. Majoriteten av deltagarna tillhörde NYHA klass II samt III.

**Slutsats:** Upplevelser av att utföra egenvård påverkade genomförandet samt upprätthållandet av egenvårdsåtgärder. Delaktighet, kunskap, individanpassning och stöd gav positiva upplevelser och genom detta utfördes egenvård. För att minska antal sjukhusinläggningar och komplikationer hos personer med hjärtsvikt ställer egenvård krav på individanpassat bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal.

**Nyckelord:** Egenvård, hjärtsvikt, kunskap, patientupplevelser, stöd

## ABSTRACT

**Background:** When the ability of the heart to pump oxygenated blood around the body decrease, it is called heart failure. Of all 180,000-350,000 people living with heart failure in Sweden, nine percent are over 80 years. Common symptoms of heart failure are fatigue, edema, shortness of breath and palpitations. Self-care is the actions an individual can perform on their own to maintain health, reduce symptoms and consequential diseases.

**Aim:** The aim of the literature study was to describe the experience of self-care in people living heart failure as well as describe the participants in the groups of the articles.

**Method:** A descriptive literature study with a result based on nine systematically reviewed scientific articles. Five with qualitative and one with quantitative approach and three with mixed method.

**Main result:** The result of the literature study indicated that participation, planning and perform self-care was experienced positive. Body awareness and better knowledge of heart failure and self-care measures facilitated self-care. Self-care measures was experienced doable and safe with support and personalization. The number of participants was 354 and the age range was 18-92 years of the nine included articles. The result of the literature study shows that 67% of the participants were men and 33% women. Most participants belonged to NYHA class II and III.

**Conclusion:** Experience of self-care affected implementation and maintenance of self-care measures. Participation, knowledge, personalization and support gave positive experiences and through this, self-care where preformed. To reduce the number of hospitalizations and complications in people with heart failure, self-care requires personalized treatment from healthcare professionals.

**Keywords:** Heart failure, knowledge, patient experiences, self-care, support

## Innehållsförteckning

INTRODUKTION .....	1
Hjärtsvikt .....	1
Egenvård vid hjärtsvikt.....	2
Upplevelser av egenvårdsåtgärder vid diabetes mellitus.....	3
Sjuksköterskans roll.....	4
Teoretisk referensram .....	5
Problemformulering .....	6
Syfte.....	7
Frågeställningar .....	7
METOD .....	7
Design.....	7
Sökstrategi .....	7
Urvalskriterier.....	9
Urvalsprocessen och utfallet av inkluderade artiklar .....	9
Dataanalys .....	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
RESULTAT .....	12
Vara delaktig och anpassa egenvårdsåtgärder .....	12
Fysiska resurser vid egenvårdsåtgärder .....	13
Stöd vid egenvårdsåtgärder .....	15
Egenvårdsåtgärder vid sociala sammanhang .....	16
Metodologiska aspekten undersökningsgruppen.....	17
DISKUSSION .....	20
Huvudresultat .....	20
Resultatdiskussion .....	21
Metoddiskussion.....	25
Kliniska implikationer för omvårdnad .....	26
Förslag till fortsatt forskning .....	27
Slutsats.....	27
REFERENSLISTA.....	28
Bilaga 1.....	1
Bilaga 2.....	1
Bilaga 3.....	1

# INTRODUKTION

## Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en sjukdom där hjärtats förmåga att pumpa ut syresatt blod till kroppens vävnader och organ är nedsatt. I Sverige lever 180 000–350 000 personer med hjärtsvikt och är den vanligaste orsaken till inläggningar på sjukhus hos personer över 65 år.

Statistik visar att nio procent av alla personer över 80 år lever med hjärtsvikt (Ericsson & Ericsson 2012). Sveriges befolkning blir äldre och beräkningar visar att personer över 65 år kommer att öka med ca 34 procent de närmsta 40 åren (Larsson & Rundgren 2010).

Symtom av sjukdomen är trötthet, ödem, andfåddhet samt hjärtklappning. De största riskfaktorerna för hjärtsvikt är hypertoni samt kranskärslsjukdom, även andra orsaker kan förekomma t.ex. klaffsjukdomar, myokardit, arytmier, diabetes samt lungsjukdomar (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011; Ericson & Ericson 2012). Sjukdomen kan vara akut eller kronisk samt delas in i fyra olika funktionsklasser enligt New York Heart Association (NYHA), se tabell 1. Funktionsklasserna graderas från I-IV och bedöms utifrån personens upplevda symtom av hjärtsvikt. Högre skattning innebär allvarligare svikt av hjärtats funktion med svårare symtom som följd (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011).

I Wilman et al. (2017) framkommer att personal och personer med hjärtsvikt har olika uppfattning om hur svåra symtom personen med hjärtsvikt har samt vilken NYHA klass personen graderas in i. Personerna i studien beskrev sig tillhöra en bättre NYHA klass än vad vårdpersonalen upplevde. Holland et al. (2010) har i sin studie dock visat att en relation mellan personernas egna skattning av NYHA samt förutsägbarhet för upplevd livskvalitet och sjukhusinläggningar. De personer som skattade sig till en sämre NYHA klass upplevde sig ha en sämre livskvalitet och var inlagd på sjukhus mer frekvent.

Tabell 1: NYHA klassificering (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011)

NYHA klassificering	Upplevda symtom
NYHA I (asymtomatisk hjärtsvikt)	Patienten har fått diagnos men upplever inga symtom vid fysiskansträngning eller vila.
NYHA II (lätt hjärtsvikt)	Patienten upplever inga symtom vid vila eller lätt fysiskansträngning. Vid högre belastning samt hård fysisk aktivitet tillkommer symtom som andfäddhet, utmattning, hjärklappning samt kärlkramp.
NYHA III (måttlig hjärtsvikt)	Patienten är symtomfri vid vila. Vid lätt fysiskansträngning upplevs dyspné, hjärklappning, kärlkramp samt utmattning.
NYHA IV (allvarlig hjärtsvikt)	Patienten upplever konstanta symtom både vid vila och ansträngning.

## Egenvård vid hjärtsvikt

Begreppet egenvård är åtgärder en individ kan utföra på egen hand. Målet vid egenvård av hjärtsvikt är att upprätthålla hälsa, minska symtom samt följsjukdomar (Strömberg 2014). Hälsa är ett av omvårdnadens bärande begrepp och kan definieras som frånvaro av sjukdom eller som en process. Hälsa kan ses som en del av människan och formas av dennes upplevelser och välbefinnande (Willman 2014). Personer med hjärtsvikt tillråds att utföra egenvårdsåtgärder för att i ett tidigt skede uppmärksamma tecken på försämring samt förhindra hjärtsviktsexacerbationer. Personer som har tillfredsställande psykisk och fysisk styrka, motivation samt vetskap om hur de ska hantera symtomen är de som lyckas genomföra egenvårdsåtgärderna (Strömberg 2014). Exempel på egenvårdsåtgärder vid hjärtsvikt är; att följa sin kroppsvikt för att upptäcka avvikelser, intag av extra vätskedrivande läkemedel här efter benämnt diuretika, vätskerestriktion, minskat saltintag, rökstopp, vaccination, samt regelbunden fysisk aktivitet (Strömberg 2014).

Tidig forskning antog ofta en kvantitativ ansats där egenvård vid hjärtsvikt utgick från olika åtgärder som syftade till att minska symtom av hjärtsvikt samt undersöka livskvalitet. Varma et al. (1995) publicerade en kvantitativ artikel där resultatet visade på en ökad livskvalitet genom det som vi idag kallar egenvårdsåtgärder. I denna artikel skattade personerna sin livskvalitet i ett skattningsformulär, där upplevelsen av att utföra egenvård ej undersöktes.

Ny forskning avser utforska moderna interventioner för förbättrad egenvård samt livskvalitet vid hjärtsvikt. Detta genom interventioner som utvärderas med liknande metoder som tidigare forskning, såsom skattningsformulär samt mätvärden (Abbasi, Ghezeliéh & Farahani 2018; Melin et al. 2018; Sezgin, Mert, Özpelit & Akdeniz 2017).

### *Telemonitorering*

I Dar et al. (2009) och Koehler et al. (2011) studier används teknik såsom telefon, videolänk, mail samt datorer för att stödja personer i deras egenvårdsåtgärder. Vidare benämns detta som telemonitorering. I Sverige idag så används inte detta på ett systematiskt sätt. Forskning visar att läkare och sjuksköterskor ställer sig positiva till telemonitorering samt att vidare forskning behövs för att utreda hur detta är möjligt att implementera (Kato et al. 2015). Ny forskning framställer telemonitorering som ett verktyg med möjlighet att minska antalet sjukhusinläggningar hos personer med hjärtsvikt (Dierckx, Pellicori, Cleland & Clark 2014; Melin et al. 2018).

## Upplevelser av egenvårdsåtgärder vid diabetes mellitus

Litteraturstudiens närliggande område är upplevelser av egenvårdsåtgärder vid diabetes. Diabetes mellitus kommer här efter benämnas som diabetes. Enligt Svensk ordbok definieras upplevelse; när en person blir anmärkningsvärt berörd av någonting (Svenska Akademin 2009, s. 3403) Gemensamt för personer med hjärtsvikt och diabetes är att båda har ett behov av att ändra sin livsstil. Målet vid egenvård av diabetes är att upprätthålla hälsa, minska symtom samt följsjukdomar. Egenvård består många gånger av att utföra fysisk aktivitet, äta hälsosamt, utföra blodglukos kontroller samt ta läkemedel (Ericson & Ericson 2012).

Jones och Crowe (2017) genomförde en studie där personer diagnostiserade med diabetes typ två beskrev upplevelsen av att äta hälsosamt och anpassa kosten efter sin diabetes. Personerna beskrev den nya kosten som en källa till bråk inom familjen. Detta då den nya kosten inte uppskattades av övriga familjemedlemmar och att tiden för att laga samt inhandla mat ökade. Utöver detta beskrev personerna svårigheter att ändra ätmönster och äta mer regelbundet. Således var upplevelsen av egenvården att den var svår att genomföra (Jones & Crowe 2017).

I Georgsson och Staggers (2017) artikel deltog personer med diabetes typ två i en studie där telemonitorering användes som stöd i utförandet av egenvård. De upplevelser som beskrevs av deltagarna var ökad kontroll över egenvårdsåtgärder och bättre återkoppling från sjukvården på utförd eller ej utförd egenvård. Detta kan bekräftas i Hanley et al. (2015) studie där deltagarna beskriver ett större engagemang i sin diabetes samt en större tillgänglighet av stöd från vårdpersonal vid telemonitorering. Vidare berättade personerna i Georgsson och Staggers (2017) artikel att när kunskap om egenvård ökade så minskade beroendet av sjukvården. Detta medförde att personerna upplevde sig mer självständiga i sina egenvårdsåtgärder (Georgsson & Staggers 2017). Kav, Yilmaz, Bulut och Dogan (2017) menar att kunskap ger förutsättningar för bra egenvård. Deras studie påvisade att personer som hade kunskap om sina mätvärden skattade sig högre i att genomföra egenvårdsåtgärder.

Utbildning om egenvård vid diabetes ses i Herre, Graue, Kolltveit och Gjengedal (2016) artikel. Personerna som deltog var diagnostiserade med diabetes typ två och deltog i en studie där de gick en utbildning i grupp. Flera deltagare upplevde en ökad förståelse för egenvårdsåtgärder och hur dessa inverkar på diabetes. Deltagare upplevde ett stöd av att ta del av andras erfarenheter och råd om egenvård vid diabetes. Detta resulterade i upplevelser av att kunna hantera och kontrollera egenvårdsåtgärder (Herre et al. 2016).

## Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans arbete baseras på International Council of Nurses (ICN) etiska koder. Dessa består av fyra grundläggande ansvarsområden; att förebygga sjukdom, främja hälsa, lindra lidande samt återställa hälsa. Förmedla information som är relevant samt tillfredsställande till personer om vård och behandling ingår i sjuksköterskans ansvarsområde (Svensk Sjuksköterskeförening 2014). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2012) har sjuksköterskan ett moraliskt ansvar att arbeta med respekt för mänskliga rättigheter, autonomi samt rättvisa.

I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår utbildning av personer i deras egenvård för att främja hälsa, liv och utveckling. Sjuksköterskan bör tillsammans med personen kartlägga vilken kunskap som denne besitter, behov av stöd samt förmåga att utföra egenvård. Detta för att stödja personen i dennes hälsa, tillika lyfta och stärka de resurser



som finns för att hantera de symtom som uppstår i samband med sjukdom (Jakobsson Ung & Lützén 2014).

Arbetet med personer som har hjärtsvikt innebär att sjuksköterskan har ansvar för ett antal omvårdnadsåtgärder samt medicinska åtgärder. Exempel på dessa är; information, blodtryckskontroll, blodprover samt med stöd av läkare genom delegering kunna utföra dositering (Ericson & Ericson 2012).

## Teoretisk referensram

Författarna till föreliggande litteraturstudie har valt The situation-specific theory of heart failure self-care (TSSToHFSC) (Riegel & Dickson 2008; Riegel, Dickson & Faulkner 2016). Detta är en situationsspecifik teori som fokuserar på fenomen som uppstår vid hjärtsvikt och är ett sätt att länka samman teori, forskning samt klinisk verksamhet.

### *Huvudområden*

Teorin utgår från att alla personer med hjärtsvikt är naturliga beslutsfattare för att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande. Egenvårdsbeslut fattas av personer för att underhålla, uppfatta symtom samt hantera sin situation. Underhåll innebär att personen har en följsamhet till sin behandling. Uppfatta symtom handlar om att personen utför egenvårdsåtgärder för att upptäcka symtom, lyssna på sin kropp samt tolka symtomen. Hantering består av att utvärdera symtom, behandla samt bedöma resultat (Riegel & Dickson 2008; Riegel, Dickson & Faulkner 2016).

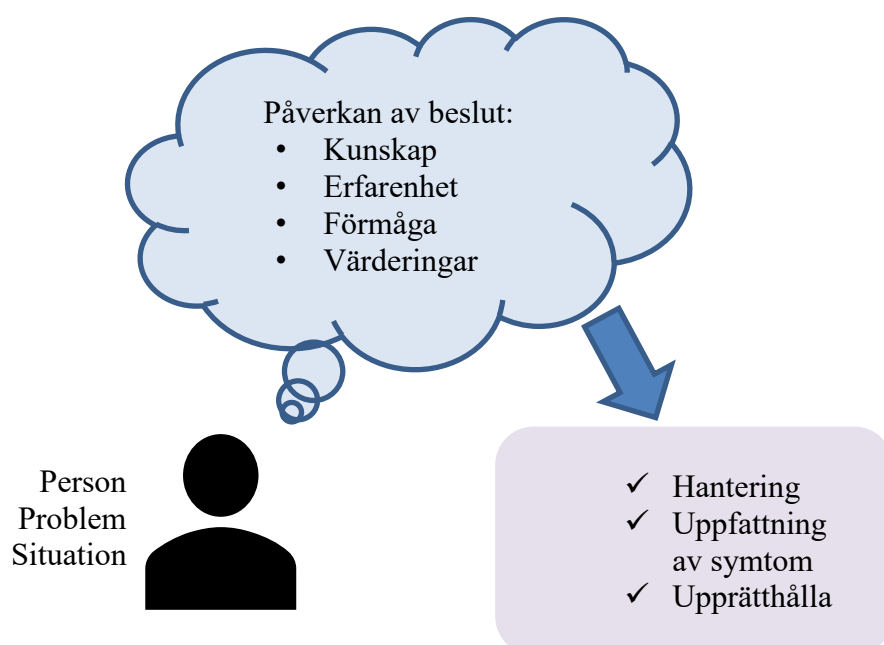
### *Människan som naturlig beslutsfattare*

En definition av människa är alla består av en själ, en kropp samt en ande och att dessa tillsammans utgör en helhet som kallas människa (Willman 2014). Människor fattar naturliga beslut för att underhålla och hantera egenvård. Dessa beslut genomförs kontinuerligt och kan ses som en process. Det finns fyra olika kategorier av beslutstagande som karaktäriseras på olika sätt beroende på vem personen är och i vilken situation hen befinner sig. Den första kategorin fokuserar på processen istället för resultatet. Andra kategorin är att använda regler som passar för den specifika situationen samt handlingen. Den tredje kategorin innebär att låta kontexten påverka beslutet samt

den fjärde kategorin där personen fattar beslut grundade på erfarenhet samt information vid det specifika tillfället. Se figur 1. Dessa beslut kan fattas autonomt vilket innebär att personen själv fattar beslutet eller genom konsultation med vårdpersonal (Riegel & Dickson 2008; Riegel, Dickson & Faulkner 2016).

### *Praktiskt användande av teorin*

TSSToHFSC utgår från det valda området hjärtsvikt samt egenvård. Teorin erbjuder möjlighet att möta personer med hjärtsvikt på individnivå samt en förståelse för personens beslut i samband med egenvård. Riegel och Dickson (2008) menar att sjuksköterskan får en möjlighet att identifiera de personer som är i behov av ingripande för att öka deras kapacitet för egenvård och därmed ökad livskvalitet.



Figur 1: Processen i det naturliga beslutstagandet

### Problemformulering

I takt med stigande ålder på befolkningen ökar antalet personer som insjuknar i hjärtsvikt. Personer som har tillfredsställande motivation, kunskap, psykisk och fysisk styrka är de som lyckas hantera symtomen samt genomföra egenvårdsåtgärder vid hjärtsvikt. Forskning om upplevelser av egenvård vid diabetes visar att kunskap, kontroll, dela erfarenheter med andra om egenvårdsåtgärder samt stöd upplevdes positivt. Dock framkom svårigheter att anpassa sig efter egenvårdsåtgärder relaterat till sjukdomen.

Tidigare studiers syfte vid forskning om hjärtsvikt har många gånger varit att undersöka hur sambandet mellan interventionen, egenvården samt livskvalitén hos personer med hjärtsvikt förhöll sig. Detta genom att skatta livskvalitet kopplat till egenvård, inte upplevelsen av att utföra egenvård vid hjärtsvikt. Forskning om personers upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt genomförs i mindre omfattning. En sammanställning av den tillgängliga samt aktuella forskningen kan vara av värde för sjuksköterskor i deras arbete med hjärtsviktpatienter. Detta skulle kunna uppmärksamma sjuksköterskor på de olika faktorer som påverkar upplevelsen av egenvårdsåtgärder hos personer med hjärtsvikt. Att kunna möta personer med hjärtsvikt på individnivå för att minska antalet sjukhusinläggningar samt komplikationer kommer i framtiden vara nödvändigt. Utföra egenvård vid hjärtsvikt blir därför mer aktuellt nu än någonsin.

## Syfte

Syftet är att beskriva upplevelser av att utföra egenvård hos personer med hjärtsvikt samt beskriva artiklarnas undersökningsgrupper.

## Frågeställningar

1. Hur beskriver personer med hjärtsvikt upplevelser av att utföra egenvård?
2. Hur beskrivs undersökningsgrupperna i de granskade artiklarna?

## METOD

### Design

Studien är en beskrivande litteraturstudie med syftet att sammanställa och beskriva det valda ämnesområdet (Polit & Beck 2017).

### Sökstrategi

Enligt Polit och Beck (2017) bör forskaren ha kunskap om hur databasen används samt är uppbyggd, för att kunna göra strukturerade sökningar. Genomgång via biblioteket på Högskolan i Gävle samt ovan nämnd litteratur gav författarna till föreliggande litteraturstudie denna kunskap. Det finns ett antal databaser som är möjliga att söka

artiklar i varav PubMed samt Cinahl är inriktade på medicin och omvårdnad (Polit & Beck 2017; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016). Dessa var således relevanta för vår litteraturstudie samt ämne. Lämpliga sökord för syftet samt frågeställningar för litteraturstudien valdes och sökning påbörjades i PubMed. Varje ord söktes separat som MeSh term alternativt som fritext, detta enligt Polit och Beck (2017) för att få en bred sökning med relevanta artiklar för studiens syfte. Sökorden som användes var; self care, patient participation, patient experience och heart failure. Efter detta kombinerades sökorden med booleska söktermerna OR samt AND, som enligt Polit och Beck (2017) samt Willman et al. (2016) kan användas för att separera samt förena sökorden. OR användes för att öka antalet träffar och AND för att rikta sökningen till valt ämne. Begränsningar (limits) som användes var; tillgänglig via Högskolan i Gävle, engelska, 10 år (years) samt humans. Enligt Polit och Beck (2017) används dessa begränsningar för att få relevanta träffar inom det sökområdet man önskar.

Polit och Beck (2017) menar att Cinahl headings kan användas i databasen Cinahl för att knyta samman flera begrepp under samma sökord. Författarna till föreliggande litteraturstudie gjorde fritextsökning på samtliga sökord var för sig i databasen Cinahl, detta gav fler antal träffar än som Cinahl headings. Sökord som användes var: heart failure, self care och patient experience. Sökordet Patient participation som användes i PubMed uteslöts. Anledningen till detta var att tillsammans med övriga sökord i Cinahl samt booleska sökordet AND gav för få träffar. Sökning på samtliga sökord med booleska sökordet OR mellan patient participation och patient experience resulterade i en ohanterlig mängd träffar trots limits. Begränsningar (limits) som användes var; engelska, 10 år (years), peer reviewed och linked full text (Polit & Beck 2017). Mer detaljerad information se tabell 2. Enligt Polit och Beck (2017) används dessa begränsningar för att få relevanta träffar inom det sökområdet man önskar.

Tabell 2: Sammanställning av artikelsökning

Databas	Begränsningar (Limits) sökdatum	Sökterm	Antal träffar	Inkluderade artiklar (exklusive dubletter)
MedLine via PubMed	10 År Engelska Humans Tillgänglig via Gävle Högskola 2018-08-29	Heart Failure [Mesh] AND Patient participation (fritext) OR Patient experience (fritext) AND self care (fritext)	112	6
Cinahl	Engelska 10 År Peer reviewed Linked full text 2018-08-29	Heart failure (fritext) AND Self Care (fritext) AND Patient experience (fritext)	110	3
Totalt			222	9

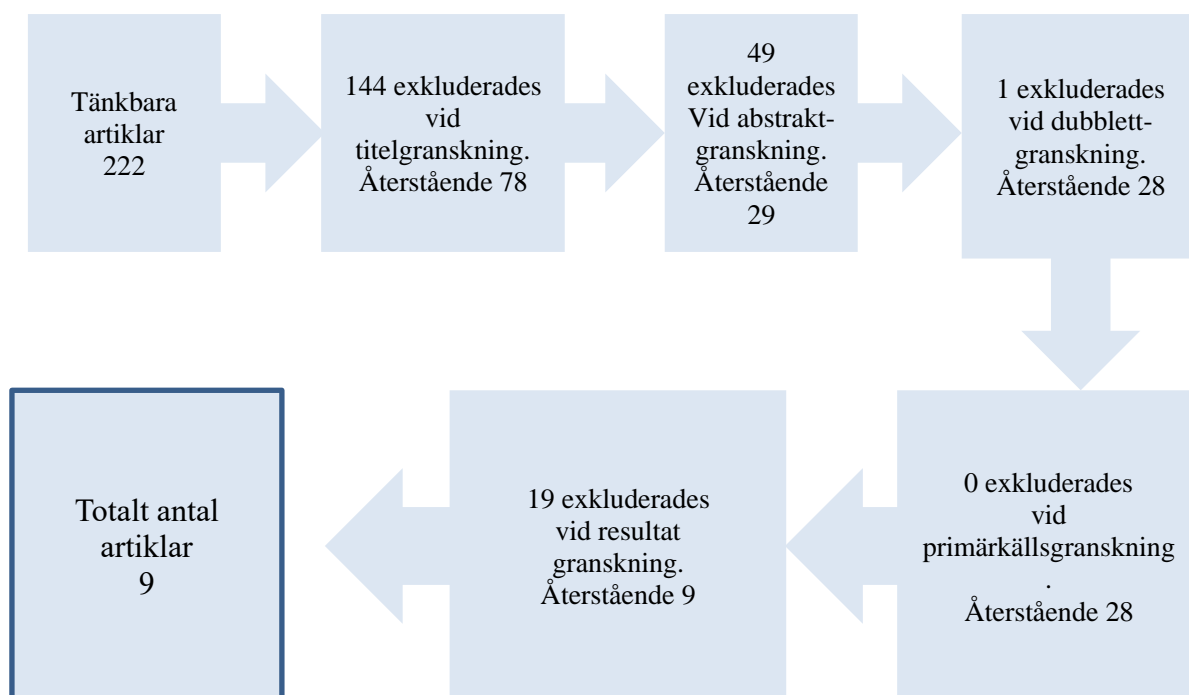
## Urvalskriterier

Polit och Beck (2017) menar, för att få ett tillförlitligt material och ange vilka artiklar som inkluderas samt exkluderas kan inklusionskriterier samt exklusionskriterier användas. Författarna till föreliggande litteraturstudie valde följande inklusionskriterier; att artiklarna svarade på syftet samt frågeställningar, var primärkällor, att artiklarna följde IMRAD struktur som står för Introduktion, Metod, Resultat samt Diskussion. Exklusionskriterier var artiklar med personer under 18 år samt artiklar där deltagarna drabbats av akut övergående hjärtsvikt.

## Urvalsprocessen och utfallet av inkluderade artiklar

Sökningarna i PubMed samt Cinahl resulterade i totalt 222 vetenskapliga artiklar. Vid titelgranskning valdes 144 artiklar bort, dessa svarade inte på syfte samt frågeställning. Kvar efter titelgranskningen återstod 78 artiklar. Abstraktgranskningen resulterade i ett bortfall av 49 artiklar som inte utgick från personernas perspektiv, fokuserade på symptom, skattningsskalor samt utvärdering av interventioner. Efter abstraktgranskning

återstod 29 artiklar. En artikel valdes bort då denna var en dubblett, efter dubblettgranskning återstod 28 artiklar. Inga artiklar valdes bort relaterat till sekundärkällor, efter primärkällsgranskning återstod 28 artiklar. Vid granskning av artiklarnas resultat exkluderades 19 artiklar då dessa inte svarade på litteraturstudiens syfte samt frågeställningar Efter hela granskningen kvarstod nio artiklar till examensarbetet. Se figur 2.



Figur 2: Flödesschema över antalet bortfall av artiklar

## Dataanalys

För att besvara frågeställning ett och två lästes samtliga artiklar var för sig av vardera författare för att bilda en egen uppfattning om resultat, metod samt trovärdighet. Därefter bearbetades artiklarna tillsammans upprepade gånger för att inte utesluta något väsentligt. Polit och Beck (2017) menar att överstrykningspenna kan användas för att strukturera upp likheter samt olikheter. Färgkodning användes för vardera artikel av författarna till föreliggande litteraturstudie. Till stöd för detta användes ett litteraturoversiktsprotokoll härefter benämns protokoll, se bilaga 1. Även detta menar Polit och Beck (2017) underlättar analysarbetet.

Författarna till föreliggande litteraturstudie läste samtliga artiklar och fyllde i ett protokoll var för sig. Därefter gick författarna tillsammans igenom protokollen och sammanställde ett gemensamt protokoll för vardera artikel.

**Frågeställning ett** besvarades genom bearbetning av protokollens innehåll samt inkluderade artiklar. Det identifierades fyra stora teman; fysiskt, psykiskt, socialt samt stöd. Enligt Aveyard (2014) kan provisoriska namn användas till de identifierade teman under arbetets gång, detta då förståelsen för de olika teman utvecklas ju mer man arbetar med texten. Vidare bearbetning av artiklar samt protokoll resulterade i rubriker och underrubriker, se tabell 3. Resultatet sammanställdes och presenteras i löpande text samt tabell, se tabell 4, bilaga 3.

**Frågeställning två** besvarades genom att författarna till föreliggande litteraturstudie granskade de inkluderade artiklarnas metod. Polit och Beck (2017) menar; för att öka trovärdigheten i litteraturstudier bör en granskning av de inkluderade artiklarnas metodologiska aspekter genomföras. Författarna till föreliggande litteraturstudie valde att granska den metodologiska aspekten undersökningsgruppen. Detta med fokus på ålder, kön, antal deltagare samt NYHA klassificering. Resultatet presenteras i löpande text under rubriken *metodologiska aspekten undersökningsgruppen* samt tabell, se tabell 5, bilaga 2.

## Forskningsetiska överväganden

Polit och Beck (2017) menar att författare till litteraturstudier bör anta ett forskningsetiskt ställningstagande där fabricering och plagiering inte sker. Författarna bör även granska de inkluderade artiklarna objektivt för att inte påverka resultatet. Författarna till föreliggande litteraturstudie strävade efter en objektiv granskning av artiklarna där egna värderingar samt åsikter inte påverkade resultatet. Att inte plagiera eller fabricera resultat är ett forskningsetiskt ställningstagande som författarna förhöll sig till. För att ingen relevant information utelämnades, granskades de inkluderade artiklarna upprepade gånger. Vid textbearbetningen användes författarnas egna ord för att undvika plagiering. Samtliga inkluderade artiklars etiska överväganden granskades. Samtliga inkluderade artiklar var godkända av etiska nämnder, kommittéer eller intuitioner.

## RESULTAT

**Frågeställning ett** presenteras inledningsvis överskådligt i tabell 3. Därefter i löpande text med rubriker och underrubriker samt tabell, se tabell 4, bilaga 3. **Frågeställning två** kommer att presenteras i löpande text samt tabell, se tabell 5, bilaga 2. Resultatet av den metodologiska aspekten undersökningsgrupperna har fokus på; antal deltagare, kön, ålder samt NYHA klassificering.

Tabell 3: Översikt av resultatets rubriker

Huvudrubrik	Underrubrik
Vara delaktig och anpassa egenvårdsåtgärder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Delaktighet i egenvårdsåtgärder</li><li>• Anpassa egenvårdsåtgärder</li></ul>
Fysiska resurser vid egenvårdsåtgärder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kroppskänedom vid egenvårdsåtgärder</li><li>• Individanpassning av egenvårdsåtgärder</li><li>• Fysiska begränsningar vid egenvård</li><li>• Fysiska effekter av egenvård</li></ul>
Stöd vid egenvårdsåtgärder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Professionellt stöd</li><li>• Familjens stöd</li><li>• Stöd av personer i liknande situationer</li></ul>
Egenvårdsåtgärder vid sociala sammanhang	<ul style="list-style-type: none"><li>• Svårigheter vid egenvårdsåtgärder</li><li>• Återgå till sociala roller</li></ul>

### Vara delaktig och anpassa egenvårdsåtgärder

#### *Delaktighet i egenvårdsåtgärder*

Personer med hjärtsvikt beskrev att kunskap och information om egenvård gav en känsla av att vara delaktig i sina egenvårdsåtgärder, vilket upplevdes positivt.

(Lockheart, Foreman, Mase & Heisler 2014; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrck & Riegel 2008). Vid utförande av



egenvård ökade självförtroendet hos personerna. När detta uppnått upplevde flera personer en större delaktighet i sina egenvårdsåtgärder. (Hwang et al. 2017; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008; Yeh, Chan, Wayne & Conboy 2016). Flera personer upplevde en större delaktighet i egenvård när det fanns en känsla av att ha kontroll över egenvårdsåtgärderna (Lockheart et al. 2014; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Yeh, et al. 2016).

#### *Anpassa egenvårdsåtgärder*

Utföra egenvård enligt personerna i Chuen Wei Seah, Kiat Tan, Chew Huang Gan och Wang (2015) och Vaughan Dicksson, Deatruck och Riegel (2008) artiklar upplevdes som positivt när det fanns en balans mellan egenvårdsåtgärder och inverkan på vardagen. Anpassa vardagen till egenvårdsåtgärder såsom saltrestriktioner, extra intag av diuretika och fysisk aktivitet upplevdes komplicerat. Personerna i Chuen Wei Seah et al. (2015) och Walthall, Jenkinson och Boulton (2016) studier beskrev att de accepterade att hjärtsvikten försämrades gradvis. Detta upplevdes som att kompromissa mellan hur de tidigare levt och nu anpassa sig till de nya fysiska förutsättningarna.

### Fysiska resurser vid egenvårdsåtgärder

#### *Kroppskännedom vid egenvårdsåtgärder*

Lära känna sin kropp och identifiera symtom av försämrad hjärtsvikt upplevdes som grundläggande i egenvård. Många personer upplevde att val av egenvårdsåtgärder underlättades vid ökad kroppskännedom (Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Riley, Gabe och Cowie (2012) genomförde intervjuer med samtliga personer vid tre månader efter påbörjad telemonitorering och tio personer intervjuades även sex månader efter första intervjun. Personerna beskrev vid första intervjun att de uppmärksammade fysiska förändringar samt förändringar i mätvärden men uppgav att de inte visste hur de skulle hantera dessa. Vid intervju nummer två, sex månader efter att telemonitoreringen startat beskrev majoriteten av personerna att det hade kunskap om symtom, mätvärden samt ökad kroppskännedom. Detta resulterade i att personerna visste hur de skulle agera samt när det skulle söka professionellt stöd (Riley, Gabe & Cowie 2012).

### *Individanpassning av egenvårdsåtgärder*

Egenvårdsåtgärder upplevdes genomförbara när de anpassades efter individens förutsättningar (Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008; Yeh et al. 2016). Kontrollera saltintag, utföra fysisk aktivitet och ta diuretika beskrevs av personerna i Vaughan Dicksson, Deatruck och Riegel (2008) studie som egenvårdsåtgärder där individanpassning är av vikt för att kunna utföras. De fysiska följderna av exempelvis diuretikaintag påverkade om personerna utförde egenvårdsåtgärderna. En person beskrev att individanpassade egenvårdsåtgärder för hen var möjligheten att balansera saltintag med extra diuretika. Efter en dag med för mycket saltintag, kunna ta en halv tablett diuretika på kvällen vilket resulterade i endast ett toalettbesök under natten (Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008). En annan person upplevde möjligheten att ta diuretika efter förutsättningarna i vardagen. Denna person beskrev att hon planerade sitt diuretika intag för att hinna till arbetsplatsens toalett på morgonen (Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008).

### *Fysiska begränsningar vid egenvård*

Fysiska symtom som andfåddhet, svullna ben och trötthet upplevdes som begränsande i egenvårdsåtgärder samt det vardagliga livet (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016). I Walthall, Jenkinson och Boulton (2016) studie deltog 17 personer tillhörande NYHA klassificering IV och upplevde många och svåra symtom av sin hjärtsvikt. Personerna beskrev hur de inte längre hade orken att leka med barnbarn, klara av matlagning, äta mat och prata samtidigt eller åka på semester. Detta påverkade således möjligheten att utföra egenvårdsåtgärder som fysisk aktivitet och upprätthålla saltrestriktioner (Walthall, Jenkinson & Boulton 2016).

### *Fysiska effekter av egenvård*

Personerna beskrev en ökad fysisk kapacitet samt minskade symtom av hjärtsvikt vid regelbundet utförande av fysiskaktivitet som egenvård (Hwang et al. 2017; Yeh et al. 2016). Personerna i Hwang et al. (2017) studie genomförde ett 12 veckors telerehabiliterings program. Fysisk aktivitet i grupp utfördes hemma via videokonferens med en fysioterapeut. Personerna fick även utbildning i hjärtsvikt samt

egenvårdsåtgärder. Upplevelserna var ökad styrka, minskade symtom samt återgång till dagliga aktiviteter. De positiva upplevelserna samt effekterna av genomförd egenvård, var så fördelaktiga att personerna uttryckte en vilja att fortsätta utföra egenvård efter avslutat program. (Hwang et al. 2017).

## Stöd vid egenvårdsåtgärder

### *Professionellt stöd*

Professionellt stöd såsom rådgivning, läkemedelsjusteringar, handledning samt tryggheten av att personal fanns till stöd upplevdes positivt (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014). Återkoppling från hälso- och sjukvårdspersonal på den egenvård personerna utfört upplevdes som ett stöd (Näsström, Idevall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vuorinen et al. 2014). Personerna i Näsström, Idvall och Strömberg (2013) studie upplevde inflytande över egenvårdsåtgärder genom möjlighet till god kommunikation med hemsjukvården. En god dialog kring den egenvård som utfördes innan, mellan och efter hembesöken upplevdes positivt. Personerna i Vuorinen et al. (2014) medverkade i en studie där en grupp använde sig av telemonitorering och kontrollgruppen fick traditionell hjärtsvikts uppföljning. Telemonitoreringsgruppen rapporterade sina mätvärden via en app i mobiltelefonen där dem tillika fick återkoppling på dessa. Majoriteten av personerna, 91%, upplevde den snabba återkopplingen som väldigt användbar i sin egenvård samt motiverande till att upprätthålla regelbundna mätningar.

### *Familjens stöd*

I Hwang et al. (2017) och Chuen Wei Seah et al. (2015) studier upplevde personerna stöd från familjen som viktigt. Engagemang och stöttning från familjen till att genomföra samt upprätthålla egenvårdsåtgärder upplevdes positivt. En av personerna i Hwang et al. (2017) studie uppgav att dennes familj började utföra fysiskaktivitet tillsammans där upplevelsen av stöd tydligt framkommer.

### *Stöd av personer i liknande situationer*

Personerna med hjärtsvikt i Hwang et al. (2017), Lockheart et al. (2014) och Yeh et al. (2016) studier utförde egenvårdsåtgärder tillsammans i grupp eller par, vilket upplevdes som ett stöd. Motivation och förväntningar från andra gruppmedlemmar tillika

kamratstöd för att utföra egenvårdsåtgärder upplevdes positivt samt unikt. I Yeh et al. (2016) studie beskrev deltagarna gruppen som positiv, detta då gruppmedlemmarna upplevde fördelar av att dela erfarenheter om egenvårdsåtgärder med varandra. En person upplevde att det var lättare att utföra Tai Chi i grupp då andra personers rörelser inspirerade samt att andra kunde inspireras av mina. Personerna i Lockheart et al. (2014) studie beskrev att de upplevde en ökad motivation till att utföra egenvård då det fanns en person som skulle ringa och fråga hur egenvårdsåtgärden gick. En deltagare uppgav att hon fick ett emotionellt stöd från sin kamrat i studien som hon inte upplevt från sin läkare (Lockheart et al. 2014).

Gruppbehandlingar där personerna via telefon, internet eller fysiska träffar diskuterade egenvårdsåtgärder, känslor samt erfarenheter beskrevs emotionellt positivt. Personerna upplevde en känsla av vänskap som ej var jämförbar med den hos familj och vänner (Lockheart et al. 2014; Yeh et al. 2016). Utbytet av erfarenheter samt känslor med andra personer i liknande situationer upplevdes som något speciellt. Att dela med sig om svårigheter och utmaningar i egenvårdsåtgärder och det dagliga livet upplevdes som värdefullt vid samtal med någon i liknande situation (Lockheart et al. 2014; Yeh et al. 2016). I Yeh et al. (2016) studie beskrev personerna känslor av ökad motivation genom utbytet av andra personers erfarenheter av förbättring i utförandet av egenvård.

## Egenvårdsåtgärder vid sociala sammanhang

### *Svårigheter vid egenvårdsåtgärder*

Upplevelsen av att utföra egenvård i sociala sammanhang beskrevs som svår (Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016) samt fordrade planering (Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Personerna i Walthall, Jenkinson och Boulton (2016) upplevde att förberedelse samt planering av egenvårdsåtgärder krävdes inför sociala sammankomster. En person uppgav att placering på biograf bokades innan besöket. Detta för att inte störa andra personer vid toalettbesök. Samma person beskrev vidare att mer tid behövdes för att ta sig till och från sociala sammankomster.

### *Återgå till sociala roller*

Yeh et al. (2016) studie bestod av 100 personer som randomiserades in i två lika stora grupper. Första gruppen gick ett 12 veckors Tai Chi program där personerna två gånger i veckan deltog i en Tai Chi klass samt traditionell utbildning om hjärtsvikt och egenvårdsåtgärder. Andra gruppen erhöll endast traditionell utbildning om hjärtsvikt samt egenvårdsåtgärder. Återgång till de sociala rollerna var ett tema som framkom ur intervjuerna med personerna i Tai Chi gruppen. De beskrev en återgång till de sociala roller de tidigare haft, som under sjukdomsförloppet successivt blivit svåra att upprätthålla. Detta genom utförandet av egenvårdsåtgärder som upplevdes positiva. Det kändes värdefullt att kunna återgå till rollen som exempelvis make eller morbror (Yeh et al. 2016)

## Metodologiska aspekten undersökningsgruppen

Författarna till föreliggande litteraturstudie har granskat de nio inkluderade artiklarnas undersökningsgrupper utifrån; antal deltagare, ålder, kön och NYHA klassificering. För mer detaljerad information se tabell 5, bilaga 2.

### *Antal deltagare*

Alla artiklar redovisade antalet deltagare, totalt deltog 354 personer i de nio inkluderade artiklarna. (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrack & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Minsta antalet deltagare var 15 (Chuen Wei Seah et al. 2015; Riley, Gabe & Cowie 2012) och största antalet deltagare var 100 personer (Yeh et al. 2016). Övriga artiklars antal deltagare var; 17 st. (Hwang et al. 2017), 19 st. (Näsström, Idvall & Strömberg 2013), 25 st. (Walthall, Jenkinson & Boulton 2016), 28 st. (Lockheart et al. 2014), 41 st. (Vaughan Dicksson, Deatrack & Riegel 2008) samt 94 st. (Vuorinen et al. 2014).

### *Kön*

Alla artiklar beskriver könsfördelningen på deltagarna, den procentuella fördelningen mellan män och kvinnor i samtliga inkluderade artiklar var 67% män och 33% kvinnor (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Näsström,

Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Endast en av artiklarna hade fler kvinnor än män (Lockheart et al. 2014). Antal deltagande män i artiklarna var; 8 st. (Lockheart et al. 2014), 11 st. (Riley, Gabe & Cowie 2012), 13 st. (Chuen Wei Seah et al. 2015; Näsström, Idvall & Strömberg 2013), 15 st. (Hwang et al. 2017; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016), 26 st. (Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008), 59 st. (Yeh et al. 2016) samt 78 st. (Vuorinen et al. 2014). Antal deltagande kvinnor var; 2 st. (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017), 4 st. (Riley, Gabe & Cowie 2012), 6 st. (Näsström, Idvall & Strömberg 2013), 10 st. (Walthall, Jenkinson & Boulton 2016), 15 st. (Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008), 16 st. (Vuorinen et al. 2014), 20 st. (Lockheart et al. 2014) samt 41 st. (Yeh et al. 2016).

### *Ålder*

Samtliga artiklar presenterar ålder eller medelålder på deltagarna (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016) Den yngsta deltagaren var 18 år och deltog i Vuorinen et al. (2014) studie. Den äldsta deltagaren sågs i Lockheart et al. (2014) studie och var 92 år. Chuen Wei Seah et al. (2015) presenterar ett åldersspann mellan 51–83 år med en medelålder av 67,2 år. Hwang et al. (2017) presenterar inget åldersspann, dock en medelålder av 69 år. Lockheart et al. (2014) presenterar ett åldersspann mellan 52–92 år med en medelålder av 72,39 år. Näsström, Idvall och Strömberg (2013) presenterar ett åldersspann mellan 63–90 år med en medelålder av 77,10 år. Riley, Gabe och Cowie (2012) presenterar ett åldersspann mellan 44–86 år med en medelålder av 74 år. Vaughan Dicksson, Deatrick och Riegel (2008) presenterar ett åldersspann mellan 25–65 år med en medelålder av 49,17 år. Vuorinen et al. (2014) presenterar ett åldersspann mellan 18–90 år med en medelålder av 58,3 år. Walthall, Jenkinson och Boulton (2016) presenterar ett åldersspann mellan 53–86 år med en medelålder av 72,66 år. Yeh et al. (2016) presenterar inget åldersspann, dock en medelålder av 69,8 år.

### *NYHA klassificering*

NYHA klassificering, härefter förkortat NYHA klass redovisas inte i Lockheart et al. (2014) I övriga artiklar presenteras NYHA klass (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Yeh et al. (2016) redovisas endast medelvärde, klass II med en standardavvikelse på 0,6. Övriga NYHA klasser presenteras nedan i löpande text samt tabell 5, bilaga 2.

### *NYHA klassificering I*

Hwang et al. (2017) redovisar en person från NYHA klass I och Chuen Wei Seah et al. (2015) redovisar sex personer, övriga studier har ej deltagare med NYHA klass I (Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Detta motsvarar 2% av samtliga deltagare från de åtta artiklar som redovisar NYHA klass.

### *NYHA klassificering II*

Totalt deltog 184 personer tillhörande NYHA klass II (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). I Näsströms, Idevall och Strömberg (2013) studie deltog ingen person i NYHA klass II. Flest deltagare med NYHA klass II sågs i Yeh et al. (2016) studie, där 100 personer deltog och det presenteras ett medelvärde av NYHA klass II med en standardavvikelse på 0,6. Minsta antal deltagare sågs i Walthall, Jenkinson och Boulton (2016) studie med två personer. Antal deltagare i övriga artiklar tillhörande NYHA kalss II är följande; 5 st. (Chuen Wei Seah et al. 2015), 9 st. (Riley, Gabe & Cowie 2012), 15 st. (Hwang et al. 2017), 17 st. (Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008) samt 36 st. (Vuorinen et al. 2014). Av alla deltagare i de åtta artiklar som redovisar NYHA klass tillhörde 57% NYHA klass II (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016).

### *NYHA klassificering III*

Antalet deltagare tillhörande NYHA klass III var 113 personer, vilket motsvarade 35 % av alla deltagare i de åtta artiklar som redovisade NYHA klass (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Näsström, Idevall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Minst antal deltagare i NYHA klass III var en person som deltog i Hwang et al. (2017) studie. Störst antal deltagare var 55 personer i Vuorinen et al. (2014) studie. I Yeh et al. (2016) studie deltog ingen person tillhörande NYHA klass III. Antal deltagare i övriga artiklar tillhörande NYHA klass III är följande; 3st. (Chuen Wei Seah et al. 2015), 6 st. (Riley, Gabe & Cowie 2012; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016), 18 st. (Näsström, Idevall & Strömberg 2013) samt 24 st. (Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008)

### *NYHA klassificering IV*

Totalt tillhörde 22 personer NYHA klass IV, vilket motsvarar 6% av samtliga deltagare från de åtta artiklar som redovisar NYHA klass (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Näsström, Idevall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Hwang et al. (2017), Riley, Gabe och Cowie (2012), Vaughan Dicksson, Deatruck och Riegel (2008) och Yeh et al. (2016) hade inga deltagare i NYHA klass IV. Antal deltagare mellan största och minsta antal tillhörande NYHA klass IV är följande; 1 st. (Chuen Wei Seah et al. 2015, Näsström, Idevall och Strömberg 2013), 3 st. (Vuorinen et al. 2014) samt 17 st. (Walthall, Jenkinson & Boulton 2016)

## DISKUSSION

### Huvudresultat

Resultatet visar att delaktighet i planering och utförande av egenvård upplevdes positivt. Detta underlättades vid ökad kroppskänedom samt bättre kunskap om hjärtsvikt och egenvårdsåtgärder. Individanpassad egenvård samt stöd från familj, vänner, gruppmedlemmar och vårdpersonal skapade känslor av genomförbarhet samt trygghet. Antal deltagare i de nio inkluderade artiklarna var 354 personer. Åldersspannet var



mellan 18–92 år där medelålder var 71,5 år. Det metodologiska resultatet visar att 67% av deltagarna var män och 33% kvinnor. Majoriteten av deltagarna tillhörde NYHA klass II samt III där 57% tillhörde klass II och 35% klass III.

## Resultatdiskussion

Författarna till föreliggande litteraturstudie har som avsikt att länka samman teori, forskning samt klinisk verksamhet med The situation-specific theory of heart failure self-care (TSSToHFSC). Personer med hjärtsvikt anses av teorin som naturliga beslutsfattare för att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande. Besluten influeras av person, problem samt situation som denne befinner sig i (Riegel & Dickson 2008; Riegel, Dickson & Faulkner 2016). Egenvårdsåtgärder upplevdes genomförbara när de anpassades efter individens förutsättningar (Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatruck & Riegel 2008; Yeh et al. 2016). Teorin TSSToHFSC kan användas som stöd i sjuksköterskans arbete för personer med hjärtsvikt (Riegel & Dickson 2008; Riegel, Dickson & Faulkner 2016). Författarna till föreliggande litteraturstudie menar att sjuksköterskor genom teorin får insikt i att personlighet, situation samt problem har inverkan på personernas beslut och utförandet av egenvård vid hjärtsvikt. Genom att kartlägga personernas kunskap, erfarenhet, förmåga och värderingar kan sjuksköterskan stödja det naturliga beslutsfattandet av egenvårdsåtgärder. Kunskapsbrist lyfts i en litteraturstudie gjord av Spaling et al. (2015). Deras resultat lyfte kunskapsbrist som ett tema dock framkom att kunskap i sig inte leder fram till bättre egenvård. Personerna måste känna att egenvårdsåtgärderna är relevanta och genomförbara (Spaling et al. 2015). Författarna till föreliggande litteraturstudie menar att sjuksköterskor kan använda teorin för att individanpassa egenvårdsåtgärder. Detta kan resultera i upplevelser av genomförbara egenvårdsåtgärder för personer med hjärtsvikt.

Professionellt stöd från hälso- och sjukvårdspersonal upplevdes som en trygghet och värdefullt för personerna i Chuen Wei Seah et al. (2015), Hwang et al. (2017) och Lockheart et al. (2014) studier. Snabb återkoppling från vårdpersonal på utförd egenvård via telemonitorering beskrevs som väldigt stöttande i val av egenvårdsåtgärder (Vuorinen et al. 2014). Författarna till föreliggande litteraturstudie anser därför att telemonitorering kan gynna både personer med hjärtsvikt samt personal i främjandet av

egenvård samt hälsa i framtiden. Strömberg (2014) menar att personer med hjärtsvikt kan behöva guidning och rådgivning relaterat till egenvård för att återställa hälsa. Författarna till föreliggande litteraturstudie menar att telemonitorering som verktyg vid egenvård för personer med hjärtsvikt och personal bör kunna utvecklas för att minska komplikationer, sjukhusinläggningar samt arbetsbelastning. Tendenser till detta ses i Melin et al. (2018) studie där deltagarna förbättrade egenvårdsåtgärder, underhåll av egenvårdsåtgärder samt minskade antal dagar inlagda på sjukhus vid telemonitorering. Författarna till föreliggande litteraturstudie ser likheter i upplevelsen av telemonitorering vid egenvård mellan diabetes och hjärtsvikt. Litteraturstudiens resultat lyfter upplevelser av ökad kunskap om egenvårdsåtgärder vid hjärtsvikt samt att tillgänglighet av vårdpersonal var positiv (Hwang et al. 2017; Riley, Gabe & Cowie 2012). Deltagarna använde telemonitorering som stöd vid egenvårdsåtgärder. Liknande studier om telemonitorering har genomförts med personer som har diabetes (Georgsson & Stagers 2017; Hanley et al. 2015). Deltagarna i dessa studier beskriver upplevelser av ökad kunskap, bättre kontroll över egenvårdsåtgärder, mer självständighet samt bättre tillgänglighet av vårdpersonal. Författarna till föreliggande litteraturstudie reflekterar över den positiva upplevelsen av vårdpersonalens tillgänglighet. Telemonitorering beskrivs av hjärtsvikts- samt diabetespatienter som ett lättillgängligt stöd, vilket upplevs öka förmågan att utföra egenvård (Georgsson & Stagers 2017; Hanley et al. 2015; Hwang et al. 2017; Riley, Gabe & Cowie 2012)

Majoriteten av artiklarna i resultatet lyfte delaktighet som en viktig upplevelse i samband med utförandet av egenvård (Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Yeh, et al. 2016). Det etiska ansvaret kan enligt Sandman och Kjellström (2013) fördelas mellan patienter och vårdpersonal. Patienterna kan ses ansvariga för sin hälsa, välmående och vård. Det professionella ansvaret innefattar det gentemot patienten, verksamheten samt folkhälsan. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att den etiska aspekten är av vikt. Etik kan komma i konflikt med autonomi. Upplevelsen hos sjuksköterskor kan då bli att autonomi leder till etiska dilemman. Egenvård för personer med hjärtsvikt kan genom autonomi och delaktighet resultera i goda upplevelser av egenvårdsåtgärder trots de etiska dilemman sjuksköterskor kan uppleva (Sandman & Kjellström 2013). Författarna till föreliggande litteraturstudie reflekterar över att sjuksköterskor i dessa situationer vill agera utifrån

personens bästa. Dock kan personen uppleva att autonomin väger tyngre än egenvårdsåtgärderna för att upprätthålla hälsa. Exempelvis att personen värdesätter autonomi att äta kraftigt saltad mat mer än att utföra saltrestriktioner som egenvård. Detta kan kopplas samman med TSSToHFSC där beslutsfattandet av egenvård baseras på vem personen är, hur denne upplever sin situation och problem (Riegel & Dickson 2008; Riegel, Dickson & Faulkner 2016). Författarna till föreliggande litteraturstudie menar att teorin på detta sätt kan hjälpa sjuksköterskor att förstå personer med hjärtsvikt samt olika faktorer som inverkar på deras beslut om egenvårdsåtgärder.

Stöd från andra personer i liknade situation samt gruppmedlemmar upplevdes positivt (Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Yeh et al. 2016). En av personerna i Lockheart et al. (2014) upplevde ett emotionellt stöd från den tilldelade kamraten i studien som hon inte upplevt från sin läkare. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att resultatet lyfter en viktig aspekt av upplevelsen vid egenvårdsåtgärder. Författarna blev uppmärksammade på ett behov som personerna i studierna beskrev, ett stöd som inte kan tillfredsställas av vårdpersonal. Yeh et al. (2016) studie beskriver upplevelser av utbildning i grupp. Motivation från andra och utbyte av erfarenheter upplevdes som ett stöd. Resultatet av detta blev kontroll samt genomförbarhet av egenvårdsåtgärder. Liknade upplevelser kan ses hos personer med diabetes. I studien av Herre et al. (2016) beskrev deltagarna upplevelser av hanterbarhet samt kontroll över egenvårdsåtgärder genom utbildning i grupp. Författarna till föreliggande litteraturstudie observerar likheter i upplevelsen av att medverka i grupputbildning vid egenvårdsåtgärder. Upplevelser som kan delas med andra i liknade situation samt utföras i grupp upplevdes positivt både av personer med hjärtsvikt samt diabetes. Detta resulterade i att egenvårdsåtgärderna upplevdes hanterbara samt genomförbara (Herre et al. 2016; Yeh et al. 2016).

#### *Metodologiska aspekten undersökningsgruppen*

Antalet deltagare i de inkluderade artiklarna varierade mellan 15–100 personer. Majoriteten av undersökningsgrupperna varierade dock mellan 15–28 deltagare, för mer detaljerad information se tabell 5, bilaga 2 (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrack & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). De undersökningsgrupper som bestod av

41–100 deltagare var av mixad eller kvantitativ ansats, vilket kan förklara det stora antalet deltagare (Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Vourinen et al. 2014; Yeh et al. 2016). Enligt Polit och Beck (2017) beror storleken på undersökningsgruppen av vald design, ansats samt forskartradition. Därav bör undersökningsgrupper i kvalitativ forskning bestå av 10–30 personer. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser med stöd av detta att antalet deltagare kan vara representativt.

Enligt Hjärt-Lungfonden (2018) är fördelningen mellan män och kvinnor som insjuknar i hjärtsvikt ungefär lika stor i Sverige. I resultatet framkom att majoriteten, 67%, av samtliga deltagare i de nio inkluderade artiklarna var män (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Lockheart et al. 2014; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att detta inte representerar den svenska populationen, detta kan förklaras genom att inkluderade artiklar genomförts i sju olika länder. För mer detaljerad information om landsfördelning se tabell 5, bilaga 2. Enligt Polit och Beck (2017) bör undersökningsgrupper i studier beskrivas tydligt för att hjälpa läsaren att avgöra hur tillämpligt resultatet är inom ett visst kliniskt område. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att undersökningsgrupperna är ojämnt fördelad mellan kvinnor och män, vilket kan ha påverkat resultatet. Majoriteten av läsarna av denna litteraturstudie kommer troligtvis att vara svenska sjuksköterskor verksamma i svenska sjukvården. Därav anser författarna till föreliggande litteraturstudie att det var av vikt att diskutera könsfördelningen.

Det metodologiska resultatet visar att 92 % av samtliga deltagare i åtta av inkluderade artiklar tillhörde NYHA klass II samt III (Chuen Wei Seah et al. 2015; Hwang et al. 2017; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Riley, Gabe & Cowie 2012; Vaughan Dicksson, Deatrick & Riegel 2008; Vuorinen et al. 2014; Walthall, Jenkinson & Boulton 2016; Yeh et al. 2016). Författarna till föreliggande litteraturstudie ser en styrka i att majoriteten av deltagarna tillhörde NYHA klass II eller III. Detta då deltagarna upplever symtom av sin hjärtsvikt dock ej konstant samt är i behov av egenvård för att upprätthålla hälsa och välbefinnande (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011). Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att deltagarna har fysiska förutsättningar att genomföra och slutföra studierna vilket leder till en överförbarhet i

resultatet. Personer tillhörande NYHA klass IV upplever konstanta symtom vid ansträngning samt i vila (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011). Författarna till föreliggande studie reflekterar över att dessa personer fokuserar på att symtomlindra samt hantera sin livssituation, vilket kan leda till nedprioritering av egenvård. Detta menar författarna kan påverka möjligheterna för personer tillhörande NYHA klass IV att delta, genomföra samt slutföra studierna.

## Metoddiskussion

Polit och Beck (2017) beskriver litteraturstudier som metodisk insamling och sammanställning av information om ett specifikt ämne. Metoden bör vara tydligt beskriven och reproducerbar samt verifierbar. Vidare menar Polit och Beck (2017) att en beskrivande design är lämplig vid litteraturstudier om upplevelser. Författarna till föreliggande litteraturstudie har valt beskrivande design då detta lämpar sig för att svara på syftet samt frågeställningar för litteraturstudien. Databaserna Cinahl och Pubmed är enligt Polit och Beck (2017) lämpliga för sökning av vetenskapliga artiklar om medicin samt omvårdnad. Författarna till föreliggande litteraturstudie valde dessa för att få tillgång till en systematisk och bred sökning av relevanta artiklar. Enligt Polit och Beck (2017) kan Cinahl headings användas för att hitta relevanta artiklar, kopplat till sökordet samt underliggande rubriker. Författarna till föreliggande litteraturstudie använde sig av detta vid sökningen vilket resulterade i få antal artiklar. Därav valdes Cinahl heading bort för att öka antal möjliga artiklar. Sökordet patient participation uteslöts vid sökning i Cinahl. Författarna till föreliggande litteraturstudie är medvetna om att relevanta artiklar kan ha uteslutits genom dessa beslut.

Begränsningar som användes i sökningen var att artiklarna ej fick vara äldre än tio år. Författarna till föreliggande litteraturstudie har reflekterat över möjligheten att minska begränsningen till fem år för att utesluta äldre forskning. Dock skulle detta resulterat i ett bortfall av två relevanta artiklar för studiens syfte. Ytterligare en begränsning som använts var att samtliga artiklar skrevs på engelska, vilket är det vanligast språket att publicera vetenskapliga artiklar på. Översättningen från engelska till svenska kan leda till förvrängning av innehållet vilket kan ses som en svaghet (Polit & Beck 2017). Författarna till föreliggande litteraturstudie är medvetna om detta och har noggrant diskuterat och analyserat artiklarna för att undvika att viktig information uteslutits.

Polit och Beck (2017) anser att kvalitativ forskning kan besvara litteraturstudiers syfte vid beskrivande design. Författarna till föreliggande litteraturstudie menar att det är en styrka att majoriteten av resultatets artiklar är av kvalitativ ansats. Detta då kvalitativa artiklar kan besvara litteraturstudiens syfte som var att beskriva personers upplevelser av att utföra egenvård vid hjärtsvikt samt är av beskrivande design. Resultat i litteraturstudier bör enligt Polit och Beck (2017) innehålla tillräckligt med vetenskaplig litteratur för att få ett tillförlitligt samt verifierbart resultat. Resultatet till föreliggande litteraturstudie baseras på endast nio artiklar vilket kan anses som en svaghet. Dock anser författarna till föreliggande litteraturstudie att de inkluderande artiklarna är relevanta och svarar utförligt på syftet för litteraturstudien.

Genom en systematisk metod kan författare sammanställa information. Denna skapar förutsättning att analysera likvärdigt med ett objektiva förhållningssätt genom hela analysen (Willman et al. 2016). En styrka med föreliggande litteraturstudie är analysmetoden som gav väl bearbetade artiklar genom protokoll, färgkodning samt flertal objektiva diskussioner. Detta enligt Polit och Beck (2017) för att inte missa relevant data som svarar på litteraturstudiens syfte.

### Kliniska implikationer för omvårdnad

Denna litteraturstudie avser öka kunskapen hos sjuksköterskor om hur personer upplever utförandet av egenvård vid hjärtsvikt. För att kunna arbeta personcentrerat med egenvårdsåtgärder som är genomförbara, är kunskap om personers upplevelser av att utföra egenvård av stor vikt för sjuksköterskor. Resultatet visar att egenvårdsåtgärder påverkar personer med hjärtsvikt i deras vardagliga aktiviteter och sociala sammanhang. Denna kunskap för sjuksköterskor om personernas upplevelse kan användas för att individanpassa egenvårdsåtgärder samt bemöta personerna med större förståelse. Vikten av stöd från andra i liknande situation upplevdes positivt och unikt. Detta stöd upplevdes ej kunna tillfredsställas av vårdpersonal. Sjuksköterskor kan med insikt i detta unika stöd, kunna se sina begränsningar samt jobba för att öka möjligheten till att tillgodose detta behov. Resultatet i litteraturstudien kan inspirera sjuksköterskor att utforma egenvårdsåtgärder som resulterar i positiva upplevelser av egenvård.

## Förslag till fortsatt forskning

I resultatet framkommer forskning om hur egenvårdsåtgärder upplevs vid sociala situationer. Detta motsvarar endast en liten del av det totala resultatet. Av detta kan anses att forskning om upplevelser av egenvårdsåtgärder i sociala situationer sker i mindre utsträckning. För att sjuksköterskor ska kunna tillfredsställa sociala behov samt minska sociala begränsningar relaterat till egenvård vid hjärtsvikt behövs mer forskning. Fokus för framtida forskning bör vara hur personer upplever att utförandet av egenvård påverkas av deras sociala behov samt begränsningar.

## Slutsats

Personers upplevelser av egenvårdsåtgärder påverkade beslut, förmåga, genomförande samt upprätthållande av egenvårdsåtgärder. Positiva upplevelser av att utföra egenvård kunde uppnås genom kunskap, delaktighet, individanpassning och stöd. Egenvård ställer krav på individanpassat bemötande från hälso- och sjukvården. Detta för att minska antal sjukhusinläggningar och komplikationer hos personer med hjärtsvikt. Det kan uppnås genom att främja egenvårdsåtgärder som upplevs positiva och genomförbara.

## REFERENSLISTA

### \* Artiklar som presenteras i resultatet

Abbasi, A., Ghezeljeh, T. N. & Farahani, M. A. (2018). Effect of the self-management education program on the quality of life in people with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *Electronic Physician*. 10(7), ss. 7028-7037. DOI: 10.19082/7028

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. Maidenhead: Open university press.

\*Chuen Wei Seah, A., Kiat Tan, K., Chew Huang Gan, J. & Wang, W. (2015). Experiences of patients living with heart failure; A descriptive qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(4), ss. 392-399. DOI: 10.1177-1043659615573840

Dar, O., Riley, J., Chapman, C., Dubrey, SW., Morris, S., Rosen, S.D., Roughton, M. & Cowie, M. R. (2009). A randomized trial of home telemonitoring in a typical elderly heart failure population in North West London: results of the Home-HF study. *European Journal of Heart Failure*, (11), ss. 319–325. DOI:10.1093/eurjhf/hfn050

Dierckx, R., Pellicori, P., Cleland, J. G. F. & Clark, A. L. (2014). Telemonitoring in heart failure: Big brother watching over you. *Springer Science*, 20(1), ss. 107-116. DOI: 10.1007/s10741-014-9449-4

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I Almås, H., Stubberud, D-G. & GrØnseth, R. (red.) *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB, ss. 207-241.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar. *I Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 81-147.



Georgsson, M. & Stagers, N. (2017). Patientes perceptions and experiences of a mHealth diabetes self-management system. *CIN: Computer Informatics Nursing*, 35(3), ss. 122-130. DOI: 10.1097\CIN0000000000000296

Hanley, J., Fairbrother, P., McCloughan, L., Pagliari, C., Paterson, M., Pinnock, H., Sheikh, A., Wild, S. & McKinstry, B. (2015). Qualitative study of telemonitoring of blood glucose and blood pressure in type 2 diabetes. *BMJ Open*, 5(12). Tillgänglig: PubMed. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008896

Herre, A., J., Graue, M., Kolltveit, BC., H. & Gjengedal, E. (2016). Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition- a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), ss. 382-390. DOI: 10.1111\scs.12260

Hjärt-Lungfonden. (2018). *Hjärtsvikt hos kvinnor*.<https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Kvinnors-hjartfel/Hjartsvikt-kvinnor/> [2018-10-01]

Holland, R., Rechel, B., Stepien, K., Harvey, I. & Brooksby, I. (2010). Patients' self-assessed functional status in heart failure by New York Heart Association class: A prognostic predictor of hospitalizations, quality of life and death. *Journal of cardiac failure*, 16(2), ss. 150-156. DOI: 10.1016/j.cardfail.2009.08.010

\*Hwang, R., Mandrusiak, A., Morris, N. R., Peters, R., Korczyk, D., Bruning, J. & Russell, T. (2017). Exploring patient experiences and perspective of a heart failure telerehabilitation program: A mixed methods approach. *Heart & Lung*. 46(4), ss. 320-327. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2017.03.004

Jakobsson Ung, E. & Lützén, K. (2014). Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.) *Omvårdnadens grunder-Ansvar och utveckling*. 2. Uppl., Sverige: Studentlitteratur AB, ss. 27-44.

Jones, V. & Crowe, M. (2017). How people from ethnic minorities describe their experiences of managing type-2 diabetes mellitus: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 76(2017), ss. 78-91. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.016

Kato, P. N., Johansson, P., Okada, I., de Vires, A., Kinugawa, K., Strömberg, A. & Jaarsma, T. (2015). Heart Failure Telemonitoring in Japan and Sweden: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 17(11). Tillgänglig: PubMed DOI: 10.2196/jmir.4825

Kav, S., Yilmaz, A. A., Bulut, Y. & Dogan, N. (2017). Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. *Collegian*, (24), ss. 27-35. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.05.004

Koehler, F., Winkler, S., Schieber, M., Sechtem, U., Stangl, K., Böhm, M., Boll, H., Baumann, G., Honold, M., Koehler, K., Gelbrich, G., Kirwan, B-A. & Anker, S. D. (2011). Impact of Remote Telemedical Management on Mortality and Hospitalizations in Ambulatory Patients With Chronic Heart Failure-The Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Study. *Circulation*, (17), ss. 1873-1880. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.018473

Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). En allt äldre befolkning. *I Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 11-14.

\*Lockheart, 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(4), ss. 292-298. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2014.04.008

Melin, M., Hägglund, E., Ullman, B., Persson, H., & Hagerman, I. (2018). Effects of a Tablet Computer on Self-care, Quality of Life, and Knowledge A Randomized Clinical Trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(4), ss. 336-343. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000462

\*Näsström, L., Idvall, E. A-C. & Strömberg, A. E. (2013). Heart failure patientes' descriptions of participation in structured home care. *Helth expectations*, 18(5), ss. 1384-1396. DOI: 10.1111/hex.12120

Polit, D. F. & Beck, T. C. (2017). *Nursing research- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer

Riegel, B. & Dickson, V. V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), ss. 190 – 196. DOI: 10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85

Riegel, B., Dickson, V. V. & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), ss. 226-235. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000244

\*Riley, J. P., Gabe, J. PN. & Cowie, M. R. (2012). Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 22(17-18), ss. 2444-2455. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04294.x

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken -Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur AB

Sezgin, D., Mert, H., Özpelit, E. & Akdeniz, B. (2017). The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 70(2017), ss. 17-26. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.013

Spaling, M. A., Currie, K., Strachan, P. H., Harkness, K. & Clark, A. M. (2015). Improving support for heart failure patients: a systematic review to understand patients' perspectives on self-care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), ss. 2478-2489. DOI: 10.1111/jan.1

Strömberg, A. (2014). Cirkulation. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.) *Omvårdnadens grunder*, Hälsa och ohälsa. Sverige: Studentlitteratur AB, Ss. 201–232.

Svenska Akademin (2009). *Svensk ordbok, utgiven av svenska akademien*. Stockholm: Norstedts

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Svensk sjuksköterskeförening, värdegrund för omvårdnad*. [broschyr]

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. [broschyr]  
[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf) 2018-05-20

Varma, S., McElnay, J. C., Hughes, C. M., Passmore, A. P. & Varma, M. (1995). Pharmaceutical Care of Patients with Congestive Heart Failure: Interventions and Outcomes. *Pharmacy Practice Insights*, 19(7), ss. 860-869. PMID: 10417035

\*Vaughan Dickson, V., Deatrick, 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

\*Vuorinen, A-L., Leppeänen, J., Kaijanranta, H., Kulju, M., Heliö, T., van Gils, M. & Lähteenmäki, J. (2014). Use of home telemonitoring to support multidisciplinary care of heart failure patients in Finland: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12). Tillgänglig: PubMed. DOI: 10.2196/jmir.3651

\*Walthall, H., Jenkinson, C. & Boulton, M. (2016). Living with breathlessness in chronic heart failure: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), ss. 2036-2044. DOI: 10.1111/jocn.13615

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

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinande. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.)  
*Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa*, 2. Uppl., Sverige: Studentlitteratur AB, ss.  
38–50.

Wilman, A. B., Doddamani, S., Troup, M., Mowery, A. L., Klinem, C. M., Geringer, J.  
A. & Faillace, R. T. (2017). Agreement between heart failure patients and providers in  
assessing New York Heart Association functional class. *Heart and Lung*, (46).

Tillgänglig: PubMed 293-299. DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.05.001

\*Yeh, G. Y., Chan, C. W., Wayne, P. M. & Conboy, L. (2016). The impact of Tai Chi  
exercise of self-efficacy, social support, and empowerment in heart failure: Insights  
from a qualitative sub-study from a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 11(5).

Tillgänglig: PubMed DOI: 10.1371/journal.pone.0154678

Bilaga 1. Litteraturöversikts protokoll

Citation: Authors: \_\_\_\_\_  
Title: \_\_\_\_\_  
Journal: \_\_\_\_\_  
Year: \_\_\_\_\_ Volume: \_\_\_\_\_ Issue: \_\_\_\_\_ Pages: \_\_\_\_\_

Type of Study:  Quantitative  Qualitative  Mixed Method

Location/Setting: \_\_\_\_\_

Key concepts/  
Variables: Concepts: \_\_\_\_\_  
Intervention/Independent Variable: \_\_\_\_\_  
Dependent Variable: \_\_\_\_\_  
Controlled Variable: \_\_\_\_\_

Framework/Theory:  
Design Type:  Experimental  Quasi-experimental  Nonexperimental  
Specific Design: \_\_\_\_\_  
Blinding?  None  Single: \_\_\_\_\_  Double \_\_\_\_\_  
Descrip. of Intervention: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Comparison group(s): \_\_\_\_\_  
 Cross-sectional  Longitudinal/Prospective No. of data collection points: \_\_\_\_\_

Qual. Tradition:  Grounded theory  Phenomenology  Ethnography  Other: \_\_\_\_\_

Sample: Size: \_\_\_\_\_ Sampling method: \_\_\_\_\_  
Sample characteristics: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data Sources: Type:  Self-report  Observational  Biopsysiologic  Other \_\_\_\_\_  
Description of measures: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data Quality: \_\_\_\_\_

Statistical Tests: Bivariate:  T test  ANOVA  Chi-square  Pearson's *r*  Other: \_\_\_\_\_  
Multivar:  Multiple regression  MANOVA  Logistic regression  Other: \_\_\_\_\_

Findings/  
Effect Sizes/  
Themes  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recommendations: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Strengths: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weaknesses: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Bilaga 2.

Tabell 5: Metodologisk matris

Författare	Titel	Design och Ev. ansats	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Chuen Wei Seah, A. Kiat Tan, K. Chew Huang Gan, J. & Wang, W. 2015 Singapore	Experiences of patients living with heart failure; A descriptive qualitative study	Beskrivande design med kvalitativ ansats	<b>Antal:</b> 15 deltagare. <b>Kön:</b> 13 män och 2 kvinnor. <b>Ålder:</b> 51–83 år, medelålder 67,2 år. <b>NYHA klass I:</b> 6 st. <b>NYHA klass II:</b> 5 st. <b>NYHA klass III:</b> 3 st. <b>NYHA klass IV:</b> 1 st.	Semistrukturerade intervjuer ansikte mot ansikte	Deskriptiv statistik samt innehållsanalys
Hwang, R. Mandrusiak, A. Morris, N. R. Peters, R. Korczyk, D. Bruning, J. & Russell, T. 2017 Australien	Exploring patient experiences and perspective of a heart failure telerehabilitation program: A mixed methods approach.	Mixad design. Kvalitativ samt kvantitativ ansats.	<b>Antal:</b> 17 deltagare. <b>Kön:</b> 15 män och 2 kvinnor. <b>Ålder:</b> Åldersspann redovisas ej. Medelålder 69 år. <b>NYHA klass I:</b> 1 st. <b>NYHA klass II:</b> 15 st. <b>NYHA klass III:</b> 1 st. <b>NYHA klass IV:</b> 0 st.	Semistrukturerade intervjuer samt självskattnings formulär som författarna själva skapat.	Tema analys
Lockheart, E. Foreman, J. Mase, R. & Heisler, M.	Heart failure patients' experiences of a self-	Beskrivande design med kvalitativ	<b>Antal:</b> 28 deltagare. <b>Kön:</b> 8 män och 20 kvinnor	Semistrukturerade intervjuer	Induktiv innehållsanalys

2014 USA	management peer support program: A qualitative study	ansats.	<b>Ålder:</b> 52–92 år, medelålder 72,39 år. <b>NYHA klass I:</b> Redovisas ej. <b>NYHA klass II:</b> Redovisas ej <b>NYHA klass III:</b> Redovisas ej. <b>NYHA klass IV:</b> Redovisas ej		
Näsström, L. Idvall, E. A-C. & Strömberg, A. E. 2013 Sverige	Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care.	Beskrivande design med kvalitativ ansats	<b>Antal:</b> 19 deltagare. <b>Kön:</b> 13 män och 6 kvinnor. <b>Ålder:</b> 63–90 år, medelålder 77.10 år <b>NYHA klass I:</b> 0 st. <b>NYHA klass II:</b> 0 st. <b>NYHA klass III:</b> 18 st. <b>NYHA klass IV:</b> 1 st.	Intervjuer	Innehållsanalys
Riley, J. P. Gabe, J. PN. & Cowie, M. R. 2012 Storbritannien	Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study.	Utforskande design med kvalitativ ansats.	<b>Antal:</b> 15 deltagare <b>Kön:</b> 11 män och 4 kvinnor. <b>Ålder:</b> 44–86 år, medelålder 74 år <b>NYHA klass I:</b> 0 st. <b>NYHA klass II:</b> 9 st. <b>NYHA klass III:</b> 6 st. <b>NYHA klass IV:</b> 0 st.	Djupintervjuer som var semistrukturerade.	Innehållsanalys
Vaughan Dickson, V. Deatrick, J. A. & Riegel, B.	A typology of heart failure self-care management in non-elders.	Mixad design med kvalitativ samt kvantitativ ansats.	<b>Antal:</b> 41 deltagare. <b>Kön:</b> 26 män och 15 kvinnor. <b>Ålder:</b> 25-65 år, medelålder 49,17	Semistrukturerade intervjuer. Digit symbol substitution	Innehållsanalys Cronbach Alpha



2008 Amerika			<b>NYHA klass I:</b> 0 st. <b>NYHA klass II:</b> 17 st. <b>NYHA klass III:</b> 24 st. <b>NYHA klass IV:</b> 0 st.	task frågeformulär. Probed memory recall frågeformulär. Letter-number sequencing frågeformulär. Self-care of heart failure index (SCHFI)	
Vuorinen, A-L. Leppeänen, J. Kaijanranta, H. Kulju, M. Heliö, T. van Gils, M. & Lähtenmäki, J. 2014 Finland	Use of home telemonitoring to support multidisciplinary care of heart failure patients in Finland: Randomized controlled trial.	Randomiserad mellangrupsdesign med kvantitativ ansats.	<b>Antal:</b> 94 deltagare. <b>Kön:</b> 78 män och 16 kvinnor. <b>Ålder:</b> 18–90 år, medelålder 58,3 år. <b>NYHA klass I:</b> 0 st. <b>NYHA klass II:</b> 36 st. <b>NYHA klass III:</b> 55 st. <b>NYHA klass IV:</b> 3 st.	Journalgranskning av antalet tillfällen patienterna varit i kontakt med eller varit inlagd på sjukhus. European heart failure self-care behaviour scale (EHFSBS) Frågeformulär angående användarvänlighet samt nöjdhet med att använda mobil	Zero inflated poisson (ZIP) Vuong test The incidence rate ratio (IRR) Confidence Interval (CI) t- test Wilcoxon Kolmogorov-Smirnov test

				appen	
Walthall, H. Jenkinson, C. & Boulton, M. 2016 England	Living with breathlessness in chronic heart failure: A qualitative study.	Beskrivande design med kvalitativ ansats.	<p><b>Antal:</b> 25 deltagare.</p> <p><b>Kön:</b> 15 män och 10 kvinnor.</p> <p><b>Ålder:</b> 53–86 år, medelålder 72,66 år</p> <p><b>NYHA klass I:</b> 0 st.</p> <p><b>NYHA klass II:</b> 2 st.</p> <p><b>NYHA klass III:</b> 6 st.</p> <p><b>NYHA klass IV:</b> 17 st.</p>	Semistrukturerade intervjuer	Innehållsanalys
Yeh, G. Y. Chan, C. W. Wayne, P. M. & Conboy, L. 2016 USA	The impact of Tai Chi exercise of self-efficacy, social support, and empowerment in heart failure: Insights from a qualitative sub-study from a randomized controlled trial.	Mixad design. Beskrivande mellangrupsdesign. Kvantitativ samt kvalitativ ansats	<p><b>Antal:</b> 100 deltagare.</p> <p><b>Kön:</b> 59 män och 41 kvinnor.</p> <p><b>Ålder:</b> Åldersspann redovisas ej. Medelålder 69,8 år.</p> <p><b>NYHA klass I:</b> NYHA klass presenteras endast som medelvärde i NYHA klass II med standard avvikelse på 0,6..</p> <p><b>NYHA klass II:</b> NYHA klass presenteras endast som medelvärde i NYHA klass II med standard avvikelse på 0,6..</p> <p><b>NYHA klass III:</b> NYHA klass presenteras endast</p>	Semistrukturerade intervjuer. Frågeformulären 6-minute walk test (6MW Minnesota living with HF questionnaire (MLHF), peak exercise capacity and functional status (peak V02) samt	Innehållsanalys

			<p>som medelvärde i NYHA klass II med standard avvikelse på 0,6..</p>	blodprover.	
--	--	--	---	-------------	--

**NYHA klass IV:** NYHA klass presenteras endast som medelvärde i NYHA klass II med standard avvikelse på 0,6.

## Bilaga 3.

Tabell 4: Resultat matris

Författare	Syfte	Resultat
Chuen Wei Seah, A. Kiat Tan, K. Chew Huang Gan, J och Wang, W. (2015)	Undersöka erfarenheter, behov samt coping strategier för patienter med hjärtsvikt i Singapore.	Stödet från familj och barn upplevdes som en trygghet och betydande i att hantera egenvårdsåtgärder. Deltagarna beskrev ett högt förtroende för sjukvården och att personalen skulle finnas som stöd. Några deltagare beskrev att oavsett hinder som hjärtsvikten skapade i vardagen skulle de fortsätta leva livet fullt ut. De hade förändrat sin livsstil och accepterat sin situation som innebar att anpassa tempot i vardagen.
Hwang, R. Mandrusiak, A. Morris, N. R. Peters, R. Korczyk, D. Bruning, J och Russell, T. (2017)	Beskriva patienters upplevelser samt perspektiv av en gruppbaserad onlinebehandling för egenvård vid hjärtsvikt.	Deltagarna i studien beskriver en bättre fysik genom det stödet de fick via behandlingen, då den anpassades efter varje individ. Andra deltagare upplevde ett ökat självförtroende genom större kunskap om hjärtsvikt där en deltagare beskrev att hen inte gick utanför huset innan onlinebehandlingen. Med den nya kunskapen och det ökade självförtroendet så var vistelse utanför huset möjligt. Deltagarna beskrev ökat självförtroende, ökad tillit till sjukvården tillika sin egen förmåga att utföra egenvård med stöd av onlinebehandlingen.
Lockheart, E. Foreman, J. Mase, R och Heisler, M. (2014)	Beskriva erfarenheter hos patienter med hjärtsvikt i ett behandlingsprogram för egenvård med hjälp av stöd och motivation genom kamratlärande.	Deltagarna i studien vart indelade i par och skulle prata och stötta varandra över telefon. Utöver detta ingick gruppträffar där dem samtalade samt utbildningsmaterial om hjärtsvikt och egenvård. Egenvårdsåtgärder upplevdes genomförbara när de anpassades efter individen och hens situation. Deltagarna beskrev utbytet av erfarenheter som positivt. Stödet av personer i samma situation upplevdes som värdefullt. Motivation att utföra egenvård ökade. Deltagarna ökade sin kunskap om hjärtsvikt samt egenvård vilket resulterade i

		kontroll samt en känsla av delaktighet i egenvårdsåtgärder
Näsström, L. Idvall, E. A-C och Strömberg, A. E. (2013)	Beskriva hur personer med hjärtsvikt mottager hemsjukvård samt upplever delaktighet.	Deltagarna kände sig delaktiga i sin vård genom att utföra egenvård med stöd av hemsjukvården. En god kommunikation med vårdpersonalen om egenvårdsåtgärder gav bättre kontroll och självförtroende i utförandet av egenvård. Deltagarna beskrev att de fick bättre kunskap om sin sjukdom, egenvård och upplevde ökad livskvalité. Engagemanget för egenvård ökade när deltagarna fick ny kunskap, bättre kroppskänedom samt erfarenhet av egenvårdsåtgärder.
Riley, J. P. Gabe, J. PN och Cowie, M. R. (2012)	Att undersöka till vilken grad telemonitorering kan öka egenvård hos personer med hjärtsvikt.	Deltagarna upplevde ett större engagemang och blev mer delaktiga i sin egenvård genom telemonitorering. Efter studien uppgav många deltagare att deras kunskap ökat om egenvårdsåtgärder samt fick en större kroppskänedom och bättre symtomigenkänning. Upplevelsen av telemonitoreringen var att stödet från vårdpersonalen var lättillgängligt och anpassades efter individen.
Vaughan Dickson, V. Deatrick, J. A och Riegel, B. (2008)	Att undersöka hur patienters attityder bidrar till självvårdskapacitet, uppfattning av hjärtsvikt samt hantering av egenvård. En typologisk undersökning av egenvårdshantering av Personer under 65 år.	Deltagarna beskrev individanpassning av egenvårdsåtgärder som viktigt för delaktighet samt självförtroende i utförandet av egenvård. Vidare beskrev deltagarna att ökad kroppskänedom underlättade symtomigenkänning. Egevårdsåtgärder upplevdes bra men svårt och att detta krävde planering, särskilt i sociala situationer. För att hantera egenvårdsåtgärder skapade deltagarna olika strategier för att få egenvården att passa in i vardagen.
Vuorinen, A-L. Leppeänen, J. Kaijanranta, H. Kulju, M. Heliö, T.	Att studera om en multidisciplinär omvårdnad via telemonitorering för hjärtsviktspatienter kan förebygga sjukhusinläggningar	Upplevelsen av egenvård via telemonitorering var att snabb återkoppling från personal på utförda egenvårdsåtgärder var positiv och upplevdes som ett stöd. Deltagarna upplevde större insikt i sin egenvård samt mätvärden. Genom insikten i mätvärdena motiverades deltagarna att upprätthålla regelbundna mätningar.

van Gils, M och Lähteenmäki, J. (2014)		
Walthall, H. Jenkinson, C och Boulton, M. (2016)	Undersöka hur personer med hjärtsvikt beskriver erfarenheter, mönster, påverkan på det dagliga livet relaterat till andningsbesvär, samt hur de hanterat dom olika symtomen.	Deltagarna beskrev hur de på olika sätt genom kroppskänedom hanterat andningsbesvären kopplade till hjärtsvikten genom egenvårdsåtgärder. Andningsbesvär som symtom på hjärtsvikt påverkade deltagarna i deras vardagliga liv samt i det sociala livet. Personerna beskrev en acceptans att symtomen av hjärtsvikt fysiskt begränsar livet.
Yeh, G. Y. Chan, C. W. Wayne, P. M och Conboy, L. (2016)	Undersöka det psykosociala samt fysiska erfarenheterna av ett 12 veckors traditionellt hjärtsviktsprogram i jämförelse med ett 12 veckors Tai Chi program inklusive hjärtsviktsprogram	Deltagarna i båda grupperna beskrev ökat självförtroende samt kontroll att kunna hantera egenvårdsåtgärder så som saltrestriktioner och fysisk aktivitet. Utbytet av erfarenheter och känslor med andra i likande situationer upplevdes som unikt. Stöd från gruppen beskrevs som en källa till inspiration eller motivation från andras gruppmedlemmars framgångar i egenvård. Tai Chi gruppen upplevde mindre symtom och bättre fysik genom Tai Chi som egenvårdåtgärd. Kroppskänedomerna ökade och upplevelsen var att Tai Chi kunde anpassas efter varje individ vilket skapade känslor av genomförbarhet samt kontroll. Deltagarna beskrev att Tai Chi kunde utföras av alla oavsett fysiskt tillstånd.