



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Hjärtsvikt – motivationen till egenvård

En litteraturöversikt

Dijana Vujicic

Pärla Wartanian

Handledare: Catarina Augustsson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1504

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2019

Hjärtsvikt – motivationen till egenvård

Dijana Vujicic
Pärla Wartanian

Sammanfattning

- Bakgrund:** Hjärtsvikt anses idag vara ett av de vanligast förekommande tillstånden inom hjärt- och kärlsjukdomar. Det beräknas att till år 2030 kommer 8 miljoner människor att drabbas av hjärtsvikt i världen. Hjärtsvikt är ett allvarligt tillstånd som innebär stora förändringar i livet och som ger ett lidande för personerna. Egenvård är en stor del av behandlingen inom hjärtsvikt och för att personer med hjärtsvikt ska kunna bedriva egenvård krävs det motivation och engagemang. Sjuksköterskan har en viktig roll inom egenvård då det ingår i omvårdnadsarbetet att informera, utbilda, stötta samt motivera personer med hjärtsvikt.
- Syfte:** Att undersöka vad som påverkar motivationen till egenvård hos personer med hjärtsvikt
- Metod:** Litteraturöversikt baserad på elva vetenskapliga artiklar. Metod och analys inspirerad av Friberg, 2017, Kapitel 12.
- Resultat:** Hjärtsvikt är ett tillstånd där personer behöver utbildning och information när det gäller egenvård. Ur analysen framkom teman som förklarade vad som motiverade personer med hjärtsvikt till egenvård. De 3 huvudteman var *drivkrafter till motivation* med subteman *självförtroende, självständighet och livsmål, psykiska faktorer* med subteman *rädsla och oro, bristande ekonomi och socialt stöd* samt *personers kunskap om hälsa* med subteman *information och utbildning, motiverande samtal med sjuksköterska* samt *personers förväntningar på sjuksköterskan*
- Slutsats:** Det behövs mer fokus från vården att utbilda och informera personer med hjärtsvikt gällande egenvård. Det är även viktigt att personerna förstår vad egenvård innebär och vikten av att sköta den. Det sociala stödet styrker även självförtroendet och därmed egenvård. Litteraturöversikten kan ge sjuksköterskor ny kunskap angående vad som motiverar personer med hjärtsvikt till egenvård.
- Nyckelord:** egenvård, hjärtsvikt, hälsokunskap, kvalitativ, kvantitativ, motivation, personer

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	4
Hjärtsvikt	4
Klassificering och kriterier för diagnos	5
Motivation	6
Egenvård	7
Sjuksköterskans roll och pedagogiska funktion	7
Information och delaktighet	8
Egenvårdsteori	8
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Datainsamling och urval	10
Sökförfarande	10
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	12
Resultat	13
Drivkrafter till motivation	13
Självförtroende	13
Självständighet	15
Livsmål	15
Psykiska faktorer	16
Rädsla och oro	16
Bristande ekonomi	17
Socialt stöd	18
Personers kunskap om hälsa	19
Information och utbildning	19
Motiverande samtal med sjuksköterska	20

Personers förväntningar på sjuksköterskan	21
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Slutsats	27
Självständighet	28
Referenser	29
Bilaga 1. Databassökningar i Cinahl och Pubmed	33
Bilaga 2. Artikelöversikt och analys	35
Bilaga 3. Kvalitetsgranskning	38
Kvalitetsgranskningsprotokoll, kvantitativ metod	38
Kvalitetsgranskningsprotokoll, kvalitativ metod	39

Inledning

I Sverige lider 250 000 svenskar av hjärtsvikt och 3500 beräknas dö varje år till följd av tillståndet (Linde, 2019). Tillståndet kan inte botas men däremot kan behandling och vård förbättra, höja livskvalitén samt förlänga livet (Linde, 2019). Vellone et al., (2014) beskriver att det är beräknat att 15 miljoner människor i Europa drabbas av hjärtsvikt. De menar att fler kommer att drabbas av hjärtsvikt på grund av att behandlingen av hjärtsjukdomar t.ex. överlevnad efter hjärtstopp samt att medellivslängden bland befolkningen ökar. I samband med detta har då också siffran för hjärtsvikt stigit (Vellone et al., 2014). Personer som har diagnostiserats med hjärtsvikt upplever en förändrad självbild när livsstilen måste ändras (Mlynarska, Golba, & Mlynarski, 2018). Från att vårdas på sjukhuset med hjälp av vårdpersonal till att ta hand om sig själv i hemmet med hjälp av egenvård, innebär en stor omställning för många personer. En låg förmåga till självomsorg har hittats hos personer med hjärtsvikt samt låg acceptans av tillståndet (Mlynarska, Golba, & Mlynarski, 2018). Genom att få en bättre förståelse av vad som motiverar personer med hjärtsvikt till att bedriva egenvård kan sjuksköterskan få bättre förståelse för vilka faktorer som påverkar motivationen. Det ingår i sjuksköterskans roll att motivera och uppmuntra personer med hjärtsvikt till det bättre, vilket kan göras med hjälp av denna litteraturöversikt.

Bakgrund

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är ett av de vanligaste hjärt- och kärltillstånden i världen (Eikeland, Haugland, Stubberud, 2011). Tillståndet orsakas oftast av en underliggande hjärtsjukdom som vanligtvis är hypertoni eller hjärtinfarkt men kan bero på klaffelsjukdomar eller hjärtmuskelsjukdomar (Strömberg & Mårtensson, 2003). Enligt Patterson (2018) förväntas mer än 8 miljoner människor i världen att diagnostiseras med hjärtsvikt år 2030. Det är en stor grupp av människor som kommer att drabbas och det är ett tillstånd som kommer att kräva mycket omvårdnad (Patterson, 2018).

Vid hjärtsvikt har hjärtats förmåga att pumpa runt blod blivit nedsatt (Eikeland et al., 2011). Tillståndet innebär att hjärtat inte orkar pumpa ut blod till kroppens alla vävnader och anledningen är att hjärtats förmåga att dra ihop sig har blivit försvagat (Rydberg & Holst, 2016). Hjärtat klarar därmed inte av att prestera lika mycket som ett friskt hjärta. Tillståndet kan vara kroniskt, akut, högersidig svikt, vänstersidig svikt, systolisk hjärtsvikt eller diastolisk hjärtsvikt. Hjärtat anpassar pumpkraften beroende på kroppens olika behov, t.ex. om kroppen är i vila eller i aktivitet. När en person drabbas av hjärtsvikt kan hon eller han uppleva de vanligaste symtomen som är trötthet, andfåddhet, ödem, viktuppgång, nedsatt ork eller illamående (Rydberg & Holst, 2016).

Typiskt för hjärtsvikt är relativt stabila perioder, följda av oväntade akuta försämringar (Eikeland, Hauglande, Stubberud, 2011). Det är vid försämringarna som personerna upplever en svår period och hamnar ofta på sjukhus. Att leva med hjärtsvikt innebär en osäker, begränsad och hotande livssituation och de som har störst risk att drabbas är personer som bland annat röker, stressar, dricker alkohol och är fysiskt inaktiva (Eikeland, Hauglande, Stubberud, 2011).

Hjärtsvikt upplevs som svårt att hantera på egen hand då det kräver både medicinsk behandling och egenvård (Patterson, 2018). Det krävs också att vården förbättras eftersom detta är ett tillstånd som är och kommer att fortsätta växa med befolkningen. Det långsiktiga målet är att behandla och hantera hjärtsvikt med hjälp av egenvård för att därigenom minska sjukhusbesök men också för att öka livskvalitén (Patterson, 2018).

Klassificering och kriterier för diagnos

Svårighetsgraden vid hjärtsvikt delas in i fyra klasser enligt New York Heart Association, NYHA, som är ett subjektivt mått för en funktionsbedömning av tillståndet (Mårtensson, 2012). NYHA-skalan är det mest använda klassificeringssystemet som ger ett grovt mått på personers kapacitet i vardagslivet samt dennes påverkan på livskvalitén. Vid NYHA Klass I skattas inga begränsningar vid fysisk aktivitet och personen är totalt symptomfri (Rydberg och Holst, 2016). I efterföljande klassificeringar skattas begränsning i både vila och vid fysisk aktivitet där NYHA Klass II inte ger några symptom vid lätt till måttlig fysisk aktivitet men däremot vid normal fysisk aktivitet debuterar besvären i form av trötthet, hjärtklappning och dyspné (American Heart Association, 2017; Rydberg och Holst, 2016). Vid NYHA Klass III besväras inte personen heller av några symptom vid vila men vid lätt till måttlig fysisk

aktivitet som vid promenader eller påklädning uppkommer besvären med trötthet, dyspné eller hjärklappning. Vid symtomklass IV besväras personen av symtomen även i vila och personer med hjärtsvikt är då mestadels sängbundna eller stillasittande och inte kapabla till att utföra någon form av fysisk aktivitet (American Heart Association, 2017; Rydberg och Holst, 2016).

Motivation

Människan är en fri och en oberoende person som har en förmåga att skapa och förverkliga sitt liv (Lepp, 2009, kapitel 6). Motivation handlar om att tillfredsställa de mänskliga basbehoven vid hjärtsvikt, men det krävs att de lägre behoven är bearbetade först innan de högre behoven kan tillfredsställas (Franklin, Lewis, Willis, Rogers, Venville, & Smith, 2019). Det kan handla om att ha självrespekt för att kunna motivera sig själv till det bättre för att kunna hantera hjärtsvikt. Det är nödvändigt med motivation för att kunna leva vidare sitt liv på ett värdigt sätt då hjärtsvikt förändrar livet. Utan motivation hade livet varit enformigt och tomt. Motivation är viktigt för personer med hjärtsvikt och att motivera ingår i omvårdnad (Franklin et al., 2019). Det är just personer med hjärtsvikt som behöver motivation för att hitta nya alternativ, nya förklaringar och villighet att pröva sig fram. Motivation är det som påverkar personer att utföra sina aktiviteter och beteenden. Motivation är nyckeln till ett lyckosamt utförande, men samtidigt krävs det tillit och fysisk förmåga för ett utförande (Lepp, 2009, kapitel 6).

Motivation kan relateras till begreppet meningsfullhet som i sin tur handlar om viljan att lära (Kärner, 2009, kapitel 15). Drivkrafter som för vårt lärande framåt vid hjärtsvikt är meningsfullhet, intresse, begriplighet och tillfredställande för att den som ska lära sig ska bli motiverad. Det är viktigt att motivation är betydelsefullt och relevant. Motivation stärker känslor av hopp, tro, egenförmåga och viljan av att hantera sin livssituation (Kärner, 2009, kapitel 15).

Om ett beteende förstärks på ett positivt sätt, de vill säga belönas, bidrar själva förväntan om belöning till att beteendet kommer att upprepas (Franklin et al., 2019; Wiklund, 2015). Det är genom att en själv ska tro på att något positivt ska hända, som får en person att handla på ett visst sätt. Om belöningen upplevs mindre angelägen avtar motivationen. Men förväntningarna vid hjärtsvikt på en själv måste vara realistiska eftersom för höga

förväntningar kan innebära upprepande misslyckanden (Franklin et al., 2019; Wiklund, 2015).

Egenvård

Vid hjärtsvikt är egenvård individens egna delaktighet vid sitt tillstånd (Martin, 2018). När en person kan utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder som egenvård i sitt hem, ökar dennes möjligheten för ett värdigt liv. Patientutbildning är det primära för att personen ska förstå sin sjukdom eller sitt tillstånd och känna igen eventuella symtom vid hjärtsvikt vilket är därmed nyckeln till egenvård. Det minskar också risken för att hamna inom somatisk sjukvård (Martin, 2018).

Socialstyrelsen (2013) ställer tydliga krav på hälso- och sjukvården vid bedömningar av egenvård gällande hjärtsvikt och att det ska utgå ifrån personens säkerhet. Det kan innebära att personen måste ha full förståelse och korrekt uppfattning om vad egenvård innebär. Åtgärderna i egenvården kan variera beroende på den enskilde individens sjukdomstillstånd men en noggrann bedömning måste genomföras tillsammans med personen för hur egenvården ska utformas. Egenvård vid hjärtsvikt ska ske när vården inte behöver utföras av utbildad vårdpersonal. En god egenvård leder till att personer i tidigt skede kan ingripa vid försämring och därmed undvika negativa påföljder. Det är dock upp till sjukvårdspersonal att informera om de åtgärder som är viktiga, t.ex. läkemedel, kost, fysisk aktivitet och socialt nätverk (Socialstyrelsen, 2013).

Egenvård vid hjärtsvikt omfattar handlingar inom individens egna kontroll för att hantera hälsa och det kan bland annat innebära att kunna ta sitt blodtryck själv (Narasimhan & Kapila, 2019). Det betyder att personerna kommer att kunna vara mer delaktiga inom sin egen hälsa och vårdande. I egenvård vid hjärtsvikt ingår även att ta hjälp av familj, föreningar, organisationer och att förebygga ohälsa samt sjukdom utan vårdpersonal. Egenvård är individens egna kontroll och en beslutfattande process där personens inställning till eget handlande påverkar den fysiska stabiliteten samt igenkänning av symtomen som kan uppstå (Narasimhan & Kapila, 2019).

Sjuksköterskans roll och pedagogiska funktion

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska vården vara av god kvalitet och tillgodose personens behov av trygghet. Behandlingen vid hjärtsvikt skall bygga på respekt

för personens självbestämmande, integritet och även så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med personen. Sjuksköterskan ska främja välbefinnande och förebygga ohälsa. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (SFS 2017:30). Det ingår i sjuksköterskans roll att utbilda och ge information om hjärtsvikt och för att undervisningen ska bli lyckad måste den diskuteras utifrån personens bakgrundsbild, socioekonomiska bakgrund och familjeförhållanden (Bader et al., 2018). Den pedagogiska delen är mycket värdefull när det gäller att utvärdera både sjuksköterskors kunskap och personers kunskap gällande hjärtsvikt (Bader et al., 2018). Patientutbildning och uppföljningsåtgärder som görs av sjuksköterskor kan minska sjukhusvistelser avsevärt (Adib-Hajbaghery, Maghaminejad, & Abbasi, 2013). Personer som lever med hjärtsvikt och fått god kunskap samt information gällande sitt tillstånd, bör kunna hantera detta på egen hand (Adib-Hajbaghery, Maghaminejad, & Abbasi, 2013).

Information och delaktighet

Information till personer från vårdpersonal är en viktig och stor del inom omvårdnaden (Wiklund, 2015, kapitel 6). Att vara pedagogisk och ha följsamhet ingår även i informatiken då det handlar om att kunna förmedla rätt information till personen. Fokuset ligger inte endast på att delge information och undervisning utan även att stärka individen (Wiklund, 2015, kapitel 6). Bidwell et al., (2018) menar att viktiga aspekter att ta hänsyn till vid ett samtal med en person med hjärtsvikt är att höra vad denna har uppfattat om informationen, vilka tankar som finns just där och då och hur informationen kan tänkas användas. På detta sättet visas respekt för personen och sjuksköterskan undviker att överösa denna med onödig information. Det blir lättare för personen att värdera och minnas informationen också (Bidwell et al., 2018).

Egenvårdsteori

Författarna har i litteraturöversikten valt Orem's egenvårdsteori som teoretisk utgångspunkt (Orem, 2001). Orem's teori om egenvård är relevant för översikten då den innehåller teman som speglar hälsa och välbefinnande. Teorin om egenvård är uppbyggd kring några centrala begrepp så som; egenvård, egenvårdsbehov, egenvårdskrav, egenvårdskapacitet och egenvårdsbrist. Egenvård är ett utförande av en aktivitet som personer eller patienter själva tar initiativ till och utför. Inom sjuksköterskeyrket är det en ständig process att utvecklas och tillämpa ny kunskap. Har sjuksköterskor inte erfarenheter angående vad egenvård innebär och

saknar teoretisk kunskap, kan Orems teori vara till nytta för att utveckla intellektuell och praktisk kunskap. Om brist på egenvård uppstår är det sjuksköterskans uppgift att tillsammans med personen förstärka egenvården i högsta möjliga mån och efter dennes egenvårdskapacitet. Valet av teorin är för att målet inom egenvård ofta handlar om att få personerna att utföra den och utveckla goda livsstilsvanor genom utbildning, stöd och information från sjuksköterskor (Orem, 2001). Syftet med teorin är att sjuksköterskan ska öka sin förståelse för vad personer med hjärtsvikt behöver för att kunna hantera sin egenvård. Det kan då vara angeläget för sjuksköterskan att förstå vad motivation är för personerna, hur personerna ser på motivationen och hur den påverkar deras egenvård. Egenvårdsteorin lämpar sig för att förstå innebörden och de centrala delarna inom egenvård.

Problemformulering

Hjärtsvikt är ett allvarligt tillstånd som påverkar många personer i det dagliga livet. Tillståndet kräver mycket sjukvård, engagemang och det är inte ovanligt att personer med hjärtsvikt blir akut försämrade. Egenvård är viktigt hos dessa personer då det handlar om att hantera sitt tillstånd, känna igen sina symtom, förebygga ohälsa samt att få möjlighet att leva ett liv med god livskvalité. Genom att undersöka vad som påverkar motivationen till egenvård hos personer med hjärtsvikt, kan sjuksköterskans kunskap öka kring detta och hjälpa personer att utveckla sin förmåga till egenvård i samband med hjärtsvikt.

Syfte

Syftet med översikten var att undersöka vad som påverkar motivationen till egenvård hos personer med hjärtsvikt

Metod

Design

Den valda designen är en litteraturöversikt som ska sammanställa kunskap samt ge en helhetsförståelse för fenomenet (Friberg, 2017, kapitel 12). Metoden innebär att systematiskt söka efter relevant litteratur baserat på en väl preciserad fråga. Det innebär också att ha fastställda inklusions- och exklusions kriterier. Översikten av vetenskapliga artiklar sammanställs för att sedan läsa innehållet, bedöma dess kvalité och vad de kan ge för resultat

(Friberg, 2017, kapitel 12). Metoden är till för att skapa större förståelse utifrån de valda vetenskapliga artiklarna och för att få en översikt av det aktuella forskningsläget. Friberg (2017, kapitel 12) beskriver i analysmetoden att om kvalitativa och kvantitativa artiklar sammanställs resulterar det därmed i en större förståelse. Den valda metoden ger ett helhetsperspektiv för det valda området.

Datainsamling och urval

För att litteraturöversikten skall vara så konkret och fokuserad som möjligt, är det viktigt att i tidigt skede besluta urvalskriterier (Friberg, 2017, kapitel 12). Därav var inklusionskriterierna att artiklarna skulle inkludera personer med hjärtsvikt. De skulle även vara publicerade i vårdvetenskapliga tidskrifter. Både män och kvinnor i olika åldrar från olika kulturer och länder inkluderades. Det var även viktigt att artiklarna inte fick vara äldre än 10 år. Enligt Friberg, (2017, kapitel 12) är det viktigt att bestämma kriterierna för att artiklarna ska vara bra. I detta fallet var det för att den senaste forskningen skulle inkluderas i litteraturöversikten. Exklusionskriterier var att artiklarna inte heller fick beskriva barns eller närståendes upplevelser. Även sjuksköterskor och undersköterskors upplevelser exkluderades. Ingen avgränsning till antingen kvalitativa eller kvantitativa artiklar var gjord och artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska för att författarna skulle kunna läsa och förstå artiklarna.

Sökförfarande

En systematisk litteratursökning kräver att mer än bara en databas används. Detta är för att få mer material än bara en från flera databaser till översikten. De valda databaserna till översikten var Cinahl Complete och PubMed. Författarna bokade ett besök med BTH:s bibliotekarie för att få hjälp så att sökningarna gjordes på ett korrekt sätt. Inledningsvis gjorde författarna en stor sökning med relevanta söktermer för att undersöka tidigare forskning.

Vid sökning för vetenskapliga artiklar till analysen gjordes en sökning på varje sökord. Sökorden valdes utifrån översiktens syfte. Sökorden var heartfailure, self-care, motivation, person, patient och experience. Dessa begrepp kombinerades för att sedan användas i en blocksökning. I Cinahl gjordes det sökningar både i fritext och Cinahl Headings. I Pubmed gjordes sökningar i fritext och Mesh termer. Anledningar var att fånga allt som var relevant och att författarna inte skulle missa något. En blocksökning används för att på ett systematiskt sätt finna den relevanta forskningen inom området (Östlundh, 2017, kapitel 5).

I sökningen användes Booleska sökoperatörerna AND och OR för att kombinera närliggande begrepp i syfte att öka sökningens sensitivitet. Sökord och dess synonymer i respektive sökning har kombinerats med den booleska söktermen OR. Fritextsökning gjordes för att öka sökningar och därmed sökningarnas känslighet genom att frambringa flera artiklar (Östlundh, 2017, kapitel 5) Artiklarna skulle även vara peer-reviewed, vilket innebär att de är expertgranskade och godkända. Sökningar gjordes utifrån valda relevanta begrepp för att göra en större och bredare sökning av vad som fanns i databaserna. Slutligen valdes tre kvantitativa artiklar, sju kvalitativa artiklar och en artikel med mixad metod till resultatet. Databassökningarna finns bifogat i bilaga 1.

Kvalitetsgranskning

De utvalda artiklarna lästes och granskades av författarna först enskilt och därefter diskuterades och granskades de tillsammans. Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån Willman, Stoltz & Bahtsevanis (2011), exempel på protokoll för kvalitetsgranskning finns att se i bilaga 3. Författarna har använt ett protokoll för kvalitativa artiklar och ett för kvantitativa artiklar. Alla ja-svar gav ett poäng och varje nej- och vet ej-svar gav noll poäng. Protokollet har modifierats av författarna för att passa litteraturöversikten (Willman et al., 2011).

Dataanalys

Analysen i en litteraturöversikt omfattar ett strukturerat arbetssätt vilket innebär att den måste vara noggrant genomförd och väl dokumenterad (Friberg, 2017, kapitel 12). I det första steget läste författarna titeln på artiklarna och därefter lästes abstrakten igenom av de utvalda artiklarna för att kunna få en överblick av innehållet i artiklarna. Vid läsning av abstrakt menar Friberg (2017, kapitel 12) att det är viktigt att inte låsa sig fast vid syftet för att få en bredare vy av ämnet. Här handlar det om att kunna sortera material för att veta vad som är väsentligt. Artiklarna lästes därefter flera gånger för att få ett helhetsperspektiv. I samband med detta har författarna skrivit kortare sammanfattningar om artiklarna och muntligt fört diskussioner om dem under tiden sammanfattningarna skrivits.

I det andra steget skapade författarna tabeller där syfte, metod, resultat samt år och land fördes in. Detta för att författarna skulle kunna få en bild av vilka artiklar som var valda och för att få struktur på det material som skulle analyseras. I det steget var det viktigt att få med detaljer som intresserade författarna för ett bra analysmaterial som t.ex. syfte och metod. Det

här steget i analysmetoden är viktigt då det är den som kan ge en klarare bild om vad som har valts ut.

I det tredje steget skulle artiklarna granskas (Friberg 2017, kapitel 12). Granskningen gjordes i samband och jämförelse mellan flera studier som behandlar samma område. Författarna kontrollerade alltså skillnader och likheter i syften, metoder, teoretiska utgångspunkter och analysgång. Till sist har resultaten jämförts. Här gjordes även sammanfattningar och kategorier av fynden. Författarna har använt två granskningsmallar för att kvalitetsgranska samtliga artiklar (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011)

I det sista steget har författarna sorterat innehållet och placerat det som behandlar samma område under lämpliga rubriker och på detta sättet skapades olika teman (Friberg, 2017, kapitel 12). Under respektive tema sammanfattades studier som hörde hemma under samma subteman. På detta sätt kan läsaren få en förståelse och mer sammanhängande text att läsa (Friberg, 2017, kapitel 12).

Forskningsetiska överväganden

Vid sökningar och val av artiklar, granskades och kontrollerades det av författarna att artiklarna var etiskt granskade samt etiskt godkända av en etisk kommitté. Det är en viktig del eftersom det innebär att skydda personers integritet och att personerna ska kunna känna sig trygga i medverkandet av studien. Det är även viktigt att visa hänsyn mot författarna, inte skriva av resultaten och att göra en noggrann analys för det egna resultatet. Risken kan vara att författarna gör egna tolkningar vid läsning av artiklar (Kjellström, 2017, kapitel 3).

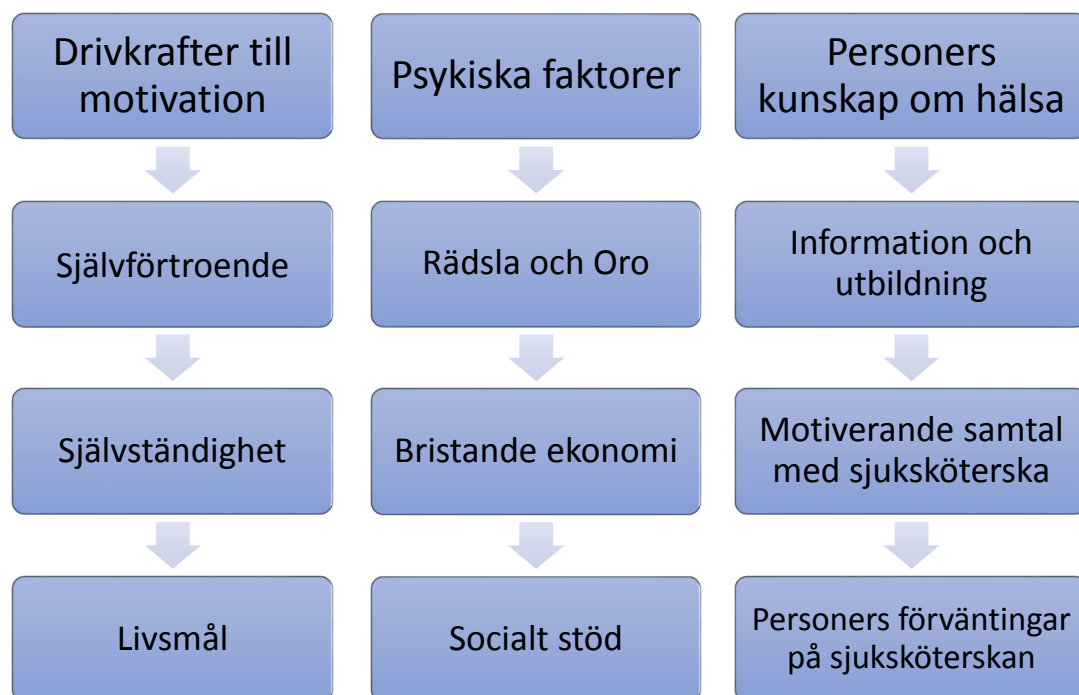
Forskningen ska ge nytta men samtidigt är det viktigt att se över riskerna för bl.a. personerna som medverkar. För att undvika att skada deltagarna kontrollerade författarna att deltagarna i artiklarna blivit informerade om studiens syfte, metod och eventuella risker samt att all deltagande var frivillig och innefattade ett informerat samtycke till deltagarna. Författarna diskuterade över nyttan i översikten relaterat till riskerna det kunde medföra för deltagarna i de utvalda artiklarna (Kjellström, 2017, kapitel 3). Författarna såg dock inga höga risker med studierna utan mer nytta. Nyttan med de valda artiklarna var att det handlade om omvårdnad och skulle bidra med nya kunskaper gällande hjärtsvikt och motivation.

Forskningsetik finns för att värna om alla livsformer, att försvara människors värde och rättigheter. Människor ska bemötas med respekt och värdighet och inom

omvårdnadsvetenskaplig forskning, är det i synnerlighet viktigt att ta hänsyn till människors privatliv. Det är även viktigt att ta hänsyn till forskarna och att inte manipulera deras forskning. Forskningsetik innebär också att under arbetets gång hela tiden överväga och reflektera de värderingar och beslut som tas. (Kjellström, 2017, kapitel 3).

Resultat

Ur analysen framkom tre huvudteman. Det första är *drivkrafter till motivation med subteman självförtroende, självständighet och livsmål*. Det andra är *psykiska faktorer med subteman rädsla och oro, bristande ekonomi och socialt stöd*. Det tredje är *personers kunskap om hälsa med subteman information och utbildning, motiverande samtal med sjuksköterska och personers förväntningar på sjuksköterskan* (Figur 1).



Figur 1, presentation av teman och subteman.

Drivkrafter till motivation

Självförtroende

Självförtroende, funktionell kapacitet, hälsokompetens och socialt stöd är faktorer som motiverar till personers möjlighet att utföra egenvård, (Zou, Chen, Fang, Zhang & Fan 2017). Zou et al. (2017) beskrev att självförtroende vid egenvård är förknippat med hur personer

handskades med sitt tillstånd och deras självomsorgbeteende. Många personer rapporterade otillräckligt med underhåll och hantering av egenvård på grund av bristande hälsokompetens. (Zou et al., 2017; Zhang, Dindoff, Arnold, Lane, & Swartzman, 2015). Hälsokompetens innebär individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.

Självförtroendet förmedlade relationen mellan hälsokompetens, socialt stöd och förmågan till att utföra egenvård. Det är personernas förtroende för deras förmåga till egenvård som relaterar till hur de underhåller sitt tillstånd. Zou et al. (2017) beskrev vikten av självförtroende som en medlare mellan hälsokompetens och en bidragande faktor till motivation för egenvård. Zou et al. (2017) fann att funktionell kapacitet är direkt förknippat med egenvård men inte direkt eller indirekt relaterat till hur hjärtsvikt underhålls. De fann också att självförtroendet är en viktig del i relationen mellan självomsorgbeteende och egenvård vid hjärtsvikt. Låg hälsokompetens minskar personers förtroende för deras förmåga att utföra egenvård och ger dem därmed sämre självförtroende och motivation. Detta indikerade på att insatser som ökad hälsokunskap och socialt stöd gav dem självförtroende och motivation till att utföra sin egenvård (Zou et al., 2017).

Personer med hjärtsvikt beskrev att självförtroendet var en viktig faktor till motivation (Jowsey, Pearce-Brown, Douglas, & Yen, 2014). Om självförtroendet brister så brister även egenvården. Självförtroendet byggs upp med hjälp av familj, ekonomi, vårdpersonal och tron på sig själv. Vissa personer beskrev att tro och hopp motiverade dem till att ta mer hand om sig själva. De beskrev att de fanns olika strategier att förstärka sitt självförtroende. En av strategierna var att tona ned situationen på olika sätt. Det var även motiverande om vårdpersonal gav dem kontinuerlig information vilket också förstärkte deras självkänsla (Jowsey et al., 2014; Meyerson & Kline, 2009). I en annan studie beskrev deltagarna att de hade tappat sitt självförtroende på grund av den bristande stöttningen från vårdpersonal (Nordfonn, Morken, Bru, & Husebø, 2019). De menade att eftersom de fick träffa olika vårdpersonal vid olika vårdtillfällen, upplevde dem att de inte blev tagna på allvar och både självförtroende samt motivationen försvann. De beskrev en upplevelse av osäkerhet och rädsla vilket drabbade deras självförtroende. Det var också på grund av att en del personer upplevde mycket motgångar och svårigheter som självförtroendet påverkades negativt och därmed brast det i motivationen till egenvården (Nordfonn et al., 2019).

Självständighet

Personer med hjärtsvikt ville vara självständiga (Meyerson & Kline, 2009). De beskrev att det var motiverande att bedriva egenvård för att kunna bibehålla självständighet vilket också stärkte personernas självförtroende. Tillsammans var detta en bidragande faktor som motiverade till egenvård (Meyerson & Kline, 2009). I en annan studie beskrev personerna som levde med hjärtsvikt att vara självständig var viktigt då de inte ville förlora sin värdighet (Jowsey et al., 2014). Att kunna utföra sysslor utan hjälp och klara sig själva var ett sätt som de här personerna kunde behålla sin värdighet och detta var därmed en positivt motiverande faktor. De ville heller inte belasta någon och därför var det viktigt för personerna att kunna vara självständiga. Personerna ville inte belasta vården genom att ringa kontinuerligt eller komma på besök, utan de önskade vara självständiga genom att försöka utföra sin egenvård själva. De värderade autonomi högt följt av fysiskt välbefinnande och upprätthållande av sociala relationer (Jowsey et al., 2014).

Personer som levde med hjärtsvikt beskrev att självständigheten var en av de största anledningarna till att motivationen för egenvård fanns (Abotalebidariasari, Memarian, Vanaki, Kazemnejad, & Naderi, 2016). De vägrade se sig själva bli omhändertagna, beroende av vård och framförallt ville de inte störa andra. De som levde själva och blev sjuka ville kunna ta hand om sig själva genom egenvård för att de inte ville ha någon hjälp från andra (Abotalebidariasari et al., 2016). Personer med hjärtsvikt uttryckte att de gärna ville återvända till normala aktiviteter så som arbete, trädgårdssysslor och lättare fritidsaktiviteter (Meyerson & Kline, 2009). Det motiverade dem till att försöka röra på sig och återfå sin styrka. Att vara fysiskt aktiv motiverade även personerna på grund av att de ville undvika trötthet. En del personer beskrev motivationen till fysisk aktivitet som ett sätt att undvika att hamna på sjukhus igen (Meyerson & Kline, 2009).

Personerna hade en inre drivkraft där de önskade att undvika ytterligare mediciner, smärta, lidande och död (Jowsey et al., 2014). Därför blev de motiverade att vara aktiva vilket också ingår i egenvård och samtidigt fick de bättre självförtroende (Jowsey et al., 2014).

Livsmål

Ett sätt att bli motiverad till egenvård, var enligt personerna i en studie att sätta olika mål för sig själva (Meyerson & Kline, 2009). Mindre mål som sattes tillsammans med familj, vänner eller sjuksköterskor kunde motivera personerna till att vara mer aktiva. Deltagarna i studien

beskrev målen som något uppmuntrande och utmanande. Detta var även ett sätt för dem att hantera och bearbeta sin hjärtsvikt. De ansåg även att det var tillfredställande för dem att utföra egenvård när det fanns mål att nå. Det fick deras självförtroende att växa samtidigt som rädslan för tillståndet blev mindre närvarande. Personerna i studien talade även om att egenvården inte behövde vara så extrem. Det gällde bara att anpassa en del saker i vardagen. En person sa att denne ogillade osaltad mat men att kosten ändå var en viktig del av egenvården. Därför såg personen till att unna sig en god måltid en gång i veckan för att kunna hålla sig till kostrekommendationer de övriga dagarna (Meyerson & Kline, 2009).

En annan studie pekade på att det också fanns andra mål i livet (Zhang et al., 2015). Personernas högst värderade mål var att behålla ett fysiskt oberoende, bevara energi till att göra saker, att umgås med sina nära och kära samt att ha kontroll över sitt eget liv. De satte även upp en prioritering och vilja om att inte vara en börda för sina familjer (Zhang et al., 2015). I denna grupp av personer med hjärtsvikt var de som följde kostrekommendationer positivt korrelerade med de som kunde sköta sin egenvård (Zhang et al., 2015).

En del personer beskrev att de inte prioriterade att sätta mål för dem själva eftersom det fanns annat i livet som tog för mycket tid och plats (Meyerson & Kline, 2009). I en annan studie undrade vissa personer hur de skulle kunna sätta upp mål när de inte kunde mycket om sitt tillstånd (Nordfonn et al., 2019). De menade att okunskap och otillräckligt stöd från vårdpersonal gjorde det svårt samt mindre motiverande för dem att kunna sätta mål. De menade också att uppsättande av mål hade varit mer motiverande med stöd från sjuksköterska eller familj (Nordfonn et al., 2019).

Psykiska faktorer

Rädsla och oro

Personer med hjärtsvikt beskrev att de upplevde en konstant känsla av rädsla för att bland annat få ett hjärtstopp (Nordfonn et al., 2019). Rädslan för hjärtstopp fick dem att känna hopplöshet och ingen motivation till egenvård. De beskrev att rädslan kom från att personerna nu måste klara sig själva, ta sina mediciner på egen hand, kontrollera sin andning m.m. och detta gjorde att personerna blev stressade. En del beskrev att de hamnade i depression eller blev svårt nedstämda. En man i studien beskrev det som att hjärnan var fylld med stress på

grund av tillståndet. Personerna beskrev att de varken visste in eller ut då många säger olika saker till dem. I några av studierna uppgav personerna att de kände sig som en börda för vården (Nordfonn et al., 2019; Stawnychy et al., 2014). De sökte oftast inte vård när de kände sig sämre och väntade hellre in i det sista tills symtomen blev outhärdliga (Stawnychy et al., 2014). De beskrev också att en läkare sa något och att en annan läkare sa en annan sak, vilket ledde till rädsla och osäkerhet. Någon beskrev att denne hade provat en dosförändring och hade svimmat av den, vilket gjorde personen mindre motiverad att prova ny dosering. Deras brist på tillit till vårdpersonal ledde även till att motivationen för egenvården brast (Nordfonn et al., 2019). I en annan studie beskrev deltagarna att rädsla samt oro för att bli sämre motiverade dem till att faktiskt ta sin egenvård på allvar (Jowsey et al., 2014). Det som motiverade dem till att hantera sin egenvård var just rädsla för komplikationer, försämrat tillstånd och döden. Samtidigt beskrev personerna i studien att rädsla och oro var något som fanns i huvudet varje dag men att det var något som de fick arbeta med (Jowsey et al., 2014).

Personer i en annan studie beskrev att de inte ville vara med och bedriva sin egenvård just på grund av rädsla för döden (Li et al., 2019). De hade svårt att acceptera sitt tillstånd och tyckte det var svårt med förändringar i livet. De upplevde frustration, orättvisa och irritation vilket skapade en negativ inställning till egenvård. En person beskrev det som ju mindre han visste om sitt tillstånd, desto bättre. Det var svårt för personen att acceptera att kroppen aldrig kommer gå tillbaka till hur den var förr och därför höll personen sig borta från egenvård (Li et al., 2019). Det fanns också andra personer i en annan studie som var rädda för döden men det var just det som motiverade dem till egenvård (Abotalebidiariasari, Memarian, Vanaki, Kazemnejad, & Naderi, 2016). De beskrev att kärleken till livet utvecklade en stark motivation till att bedriva egenvård. Rädslan för döden gjorde att de insåg allvaret och hur viktigt det är med att sköta sin egenvård (Abotalebidiariasari et al., 2016)

Bristande ekonomi

I egenvård ingår bland annat att se över sin kost, inta läkemedel och ändra sin livsstil men även att gå till vårdcentralen kontinuerligt (Jowsey, Pearce-Brown, Douglas, & Yen, 2014). Gällande kosten tyckte många personer att det var svårt att köpa bättre mat med mindre fett, salt och socker eftersom det kanske kostade mer. En del personer som levde med hjärtsvikt beskrev att de hade en låg ekonomisk status och därmed inte råd med nyttig mat eller att söka vård. Vissa personer blev omotiverade till egenvården då det kunde innebära att köpa hem vissa redskap att träna med eller använda hjälpmedel som stödstrumpor (Jowsey et al., 2014).

I en annan studie belystes det att hembaserade program som använder kostnadseffektiva metoder och som inte kräver specialutrustning var uppskattat. Detta genererade till att personerna kunde upprätthålla en god träningsrutin utan att det kostade dem något (Tully et al., 2010). Personer beskrev att vårdkostnaderna steg och medicinkostnader likaså vilket gjorde att personerna tappade motivationen (Jowsey, Pearce-Brown, Douglas, & Yen, 2014). Eftersom en del inte kunde jobba längre var ekonomin en svår del i vardagen som gjorde att en del personer blev nedstämda och stängde in sig. På grund av dålig ekonomi brast motivationen och därmed fick personerna sämre livskvalité. Det är även de här personerna som hamnar på sjukhuset igen på grund av bristande egenvård. Att fortsätta leva som vanligt var svårt och mindre motiverande då ekonomin spelade en stor roll i livet (Jowsey et al., 2014).

Socialt stöd

Personer med hjärtsvikt har beskrivit att socialt stöd tar fram självförtroende och motivation hos dem och genererar till en framgångsrik egenvård (Albert et al., 2015; Jowsey et al., 2014; Stamp et al., 2016). Stödet från familjemedlemmar och vänner genererar till motivation genom att upprätthålla egenvården och genom att delta i beslutsprocessen i samband med symtomhantering samt att söka vård när symtomen förändras (Stamp et al., 2016; Zou et al., 2017). Familjemedlemmar är inblandade i och påverkar självkänslan hos sina anhöriga med hjärtsvikt. Personer uppgav att de kände sig mer motiverade att utföra hälsosamma beteenden eller förändra ohälsosamma vanor när de kände en känsla av autonomi, kompetens och stöd från familjemedlemmar och vänner (Stamp et al., 2016). Andra menade på att det var motiverande när vänner eller familjemedlemmar erbjöd dem sällskap vid en promenad eller andra aktiviteter (Albert et al., 2015). När deras egenvård framgångsrikt fullbordas med stöd, uppmuntran och mindre kritik gav det personerna fortsatt vinnande självförtroende och motivation till att upprätthålla sin egenvård. Familjesituationer spelar därmed en viktig roll för personer med hjärtsvikt. De personer som levde med sämre familjeförhållanden uppgav ofta lägre nivåer av självförtroende och motivation till att utföra sin egenvård (Stamp et al., 2016).

Uppmuntran gav personerna en knuff för att hålla sig motiverade (Albert et al., 2015; Jowsey et al., 2014). En annan faktor som motiverade till egenvården var att personerna ville se sina barnbarn växa upp eller ha mer tid med sina nära och kära men även att vara en förebild för andra familjemedlemmar. Det fanns några andra deltagare i studien som beskrev att de tyckte

det var besvärligt när familjemedlemmar försökte tala om för dem hur de utföra vissa saker. De kände att familjen trampade på deras integritet och det störde dem. Detta gjorde att personerna tappade motivationen och slutade försöka med egenvården (Jowsey et al., 2014).

I en annan studie beskrev personer med hjärtsvikt hur de ansåg sina egna roller i familjen vara viktiga (Abotalebidariasari, Memarian, Vanaki, Kazemnejad, & Naderi, 2016). En person i familjen var t.ex. den som hanterade inkomster och ekonomi, medan en annan var en mor och ville uppfostra sina barn samt se dem växa upp. Dessa personerna oroade sig för vad som skulle hända deras respektive om de dog eller plötsligt blev försämrade. De beskrev också att de ville vara förebilder för sina familjemedlemmar genom att visa hur viktigt det är att kämpa och ta hand om sig själv. Egenvården var även viktig för personerna med hjärtsvikt då de insåg att familjemedlemmarna blev mindre belastade, irriterade och stressade. Oron och kritiken för att personerna inte skulle ta hand om sig själva blev mindre när familjemedlemmarna såg hur väl personerna hanterade sin egenvård (Abotalebidariasari et al., 2016)

Personers kunskap om hälsa

Information och utbildning

En del personer med hjärtsvikt valde att delta i olika behandlingsprogram där de bland annat lärde sig om sitt tillstånd och vikten av fysisk aktivitet (Tully, Morgan, Burke, & McGee, 2010). Några personer upplevde att det gav dem motivation att fortsätta ett hälsosamt beteende och andra upplevde att de tappade motivation och disciplin efter programavslut. I behandlingsprogrammen ingick informationssessioner som gav personerna utbildning i egenvård och olika övningsprogram för fysisk aktivitet. Personerna som deltog uppgav att det gav dem en bättre förståelse för deras tillstånd som de saknade innan deltagandet. En del av dem uppgav också att de inte längre krävde någon yttre motivationskälla eftersom programmet givit dem tillräckligt med motivation att fortsätta på egen hand (Tully et al., 2010). För de som saknade kunskap om sitt tillstånd kunde rädsla uppkomma om vad de kan och inte kan göra (Albert, Forney, Slifcak, & Sorrell, 2015). I en diskussion mellan en grupp personer med hjärtsvikt framkom det att de med bristfällig hälsokunskap var rädda att utföra fysisk aktivitet då de trodde att det skulle förvärra deras tillstånd eller ge dem andra negativa konsekvenser. Några av dem trodde även att träning kunde leda till ett hjärtstopp och fruktade

att anstränga sig överdrivet mycket. Dessa personer upplevde inte tillräckligt med meningsfullt stöd från vården i vad fysisk aktivitet innebär och vilken inverkan det har på deras tillstånd. De upplevde även att instruktioner de mottog för fysisk aktivitet och motion var ospecificerade samt att de var oklara med vad övningsföreskrifterna innebar och vad förväntningarna skulle vara (Albert et al., 2015). Detta visade att informationsblad om fysisk aktivitet var otillräckligt och en del personer tyckte inte att de förstod innebörden av fysisk aktivitet förrän de fick träffa en sjuksköterska eller fysioterapeut som förklarade och fysiskt visade dem övningar samt träning de kunde göra hemma (Albert et al., 2015; Tully et al., 2010).

Många personer beskrev att kontinuerlig information och kunskap gällande hjärtsvikt motiverade dem till egenvård och fysisk aktivitet (Li, Chang, & Shun, 2019; Zhang et al., 2015). Det förhindrade även ångest och rädsla eftersom de fick information och uppdatering från vårdpersonal. Personerna berättade att det var viktigt redan i början att få en klar och tydlig bild om vad hjärtsvikt innebar. Instruktioner som att väga sig vid symtom på ödem var bland annat något de inte visste ingick i egenvård. Men det fick dem att förstå en del av innebörden av vissa läkemedel och hur det hörde ihop med egenvården samt monitoreringen av deras symtom (Li et al., 2019). Personer i en annan studie beskrev att det var viktigt för dem att förstå hur viktigt det var med egenvård och att lita på att det gav nytta (Abotalebidiari, Memarian, Vanaki, Kazemnejad, & Naderi, 2016). De menade att de måste få testa sig fram om vad som fungerade för dem, utvärdera och reflektera tillsammans med sjuksköterskan. På så sätt kunde de lita på att egenvård faktiskt gav dem något (Abotalebidiari et al., 2016). Personer som inte fått tillräckligt med information eller hade kunskap gällande sitt tillstånd beskrev att de inte visste vad som ingick i fysisk aktivitet (Albert et al., 2015; Li et al., 2019). De beskrev då att de försökte hitta olika saker som gjorde att de blev aktiva så som hushållssysslor (Li et al., 2019).

Motiverande samtal med sjuksköterska

Personer beskrev motivationen för att förändra deras livsstil och att utveckla ett bättre sätt att ta hand om sitt tillstånd, hjälpte dem genom motiverande samtal med sjuksköterskor (Stawnychy, Masterson Creber, & Riegel, 2014). Det fick dem att förstå hur viktigt det är att sköta sin egenvård och att bli mer uppmärksamma på symtomförändringar. Vikten av fysisk aktivitet förklarades och motivationen till hur den kan utföras var bara en av de positiva sakerna som framkom ur dessa samtal (Albert et al., 2015). Ett motiverande samtal bygger på

en ömsesidig respekt och ett samarbete mellan personer med hjärtsvikt och en sjuksköterska. Det är kommunikation om egenvårdsförmåga och beteendeförändringar hos personer som lever med hjärtsvikt (Stawnychy et al., 2014). Personerna uppgav att det ofta hade att göra med kunskapsbrist, hur de skulle handskas med läkemedel och fysisk aktivitet samt övervakning av symtomen (Zhang et al., 2015). Egenvården räckte inte till då inte tillräckligt med kunskap fanns för att veta vad de skulle göra (Albert et al., 2015; Jowsey et al., 2014). Motiverande samtal kunde vara till stor hjälp för personer med kronisk hjärtsvikt att uppnå de mål de själva satte upp (Zhang et al., 2015). Oftast handlade det, enligt personerna själva, om hur de behövde hjälp med att bli mer aktiva och hur de skulle handskas med sina symtom. I många fall uppgav även personerna att de visste vad de skulle och vad de borde göra för sin egen hälsa men misslyckas med att vidta åtgärder på grund av en bristande motivation och hälsokunskap. Sjuksköterskan hjälpte dem att finna rätt väg till motivationen genom att få dem att engagera sig och bygga upp ett intresse för förändring och framkalla en vilja att engagera sig i egenvården samt hälsokunskapen kring hjärtsvikt (Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Ryan, R. M., 2016; Stawnychy et al., 2014).

Personers förväntningar på sjuksköterskan

De personer som deltog i tidigare nämnt behandlingsprogram visade sig ha ett större förtroende för vårdpersonal än personer i andra studier (Jowsey et al., 2014; Nordfonn et al., 2019; Tully et al., 2010). Personernas förväntningar angående stöd och hjälp från sjuksköterskan var höga och de antydde att de var i behov av meningsfullt stöd av vårdpersonal (Albert et al., 2015; Zou et al., 2017). För att kunna lägga mer fokus på vad egenvård är och att kunna utföra den menar personer i en annan studie att de önskade mer sammanhängande vårdtillfällen. De beskrev att de fick olika tips och råd av vårdpersonal, vilket var förvirrande och gjorde dem mindre motiverade till egenvård (Nordfonn et al., 2019).

För att främja personernas motivation till egenvård och hantering av hjärtsvikt ansåg de att sjuksköterskan bör ge mer detaljerad information och kontinuerlig uppföljning om deras hälsostatus (Jowsey et al., 2014; Zou et al., 2017). Faktorer som påverkade deras egenvård var viktiga att finna och förstå för att kunna ändra på deras självomsorgsbeteende (Zou et al., 2017). De framförde också att det inte var svårt att ta in eller förstå informationen som gavs men att det var motivationen till att sköta sin egenvård som sviktade (Stawnychy et al., 2014).

Vid de tillfällena där uppföljning och information inte gavs i den önskade utsträckningen kände personerna att vården hade lämnat över ett för stort ansvar på dem själva och menade på att kunskapsbristen gjorde det svårt för dem att bibehålla en god egenvård (Stawnychy et al., 2014). Personerna ansåg också att sjuksköterskan bör sträva efter att motivera dem till en mer aktiv livsstil genom att diskutera fördelarna med fysisk aktivitet och skapa en plan för motion som kunde ingå i deras vardag. Ömsesidig respekt och samarbete kändes viktigt för personerna (Stawnychy et al., 2014). Andra personer uppgav också att de kände större förtroende för sjuksköterskor än läkare då de kände att relationen till en sjuksköterska var närmare och att sjuksköterskan var mer tillgänglig (Tully et al., 2010). De upplevde också att sjuksköterskan gav dem ett psykologiskt stöd vilket motiverade dem till att ta hand om sig själva (Tully et al., 2010).

Metoddiskussion

Val av metod och analys inspirerad av Friberg (2017, kapitel 12) var ett bra och lärorikt arbetssätt. Metoden och analysen var relevant då det gav författarna bra svar på syftet. Styrkorna med en allmän litteraturöversikt var att det gav en större bild av vad det fanns för tidigare forskning och en heltäckande sökning gjordes i både Pubmed och Cinahl. Samtidigt ansåg författarna att en litteraturöversikt gav mer tydligt svar på frågeställningarna och syftet i fråga samt att utrymme för att göra egna tolkningar inte fanns. Det positiva med en litteraturöversikt är att den kan innehålla både kvantitativa och kvalitativa artiklar (Friberg, 2017, kapitel 12). Arbetet hade även kunnat göras utifrån endast kvalitativa artiklar genom en litteraturstudie med meningsbärande enheter. Men den metoden var inte relevant då författarna ansåg att en översikt var mer lämplig relaterat till syftet.

Att söka i både Cinahl och Pubmed gav ett bättre sökresultat (Kristensson, 2014). Det positiva med metoden var att det fanns mycket relevant material som kunde läsas igenom. I analysen ingår det att läsa noggrant, analysera innehållet, sortera och bedöma artiklarna. Det är ett bra sätt att öva på att söka fram värdefulla artiklar till resultatet (Kristensson, 2014). Det är även positivt att inte behöva låsa sig fast till sitt syfte. Det kan ges mera utrymme till att vara flexibel och använda sig utav egna kreativa idéer (Friberg, 2017, kapitel 12). Det positiva i sökningsprocessen var att det bestämdes att begränsa artiklarnas publiceringsdatum för att på så sätt använda sig utav den aktuella forskningen som gäller åren 2009 - 2019. Det negativa med litteraturöversikten var att det fanns mycket mer som kunde tagits med som

t.ex. böcker, journaler och rapporter. Men på grund av begränsad tid kunde inte detta inkluderas.

Vid sökningar av artiklarna bestämdes begrepp som var relevanta till syftet. Sökord valdes för att smalna av sökresultaten så gott som möjligt. Till en början var det svårt att finna relevanta artiklar men efter att ha sökt i både fritext, mesh samt cinahl headings blev sökningarna bättre. Efter flera sökningar valdes sökorden; heartfailure, self-care, motivation, person, patient och experience. För att kunna generera ett så brett sökresultat som möjligt användes en speciell sökstrategi som även kombinerade sökningar i fritext (Östlundh, 2017, kapitel 5).

De kvalitativa artiklarna syftade till att beskriva vad personerna själva sade medan de kvantitativa artiklarna förklarade fakta och kunde styrka upp de beskrivande artiklarna när de analyserades (Kristensson, 2014). Det positiva med att använda kvantitativa artiklar var att det fanns en del frågor, statistik eller siffror på ett resultat som exempelvis inte fanns med i de kvalitativa. De kvalitativa artiklarna gav också en djupare förståelse för personernas bild för motivation till egenvård och pekade fitalande på vad som fattades hos dessa och vad som ansågs vara bra (Kristensson, 2014).

Artiklarna lästes enskilt men analyser och kvalitetsgranskningen gjordes tillsammans. Trovärdigheten för översikten anses vara stark då artiklarna trots olika metod och utgångspunkter, gav liknande resultat. Triangulering innebär att två eller flera personer tillsammans har analyserat materialet och sammanställt det. Genom detta sätt riskeras inte att den enskilde personens förförståelse påverkar resultatet. Användandet av olika databaser ökar också trovärdigheten i litteraturöversikten då det fångar all relevant forskning (Kristensson, 2014). Dialoger fördes kontinuerligt när artiklarna analyserades då samarbetet var av högsta grad. Att diskutera tillsammans var nyckeln till ett bra resultat.

Friberg (2017, Kapitel 12) beskrev analysen på ett tydligt sätt i sin bok och stegen var enkla att följa. Det var även ett bra sätt att sortera bort onödig information och det som inte var relevant för syftet. Det var nyttigt att arbeta lite mer rörligt, att få vara kreativa, ta egna beslut och att bygga egna teman. Arbetet med analysen var en ständig process och det kan anses vara en fördel då fakta bearbetas flera gånger för ett bra analysresultat. Kristensson (2014) menar att det stärker och ökar tillförlitligheten i översikten då analysförfarandet redovisas

noggrant. Exempel på detta finns i bilaga 2. Att kvalitetsgranska ansågs vara bra, men samtidigt gjordes egna bedömningar då det var svårt att följa en och samma mall till artiklarna och därför modifierades mallarna. Samtliga artiklar gav hög kvalitet. En egen reflektion var att tiden inte räckte till och därför kunde inte alla artiklar läsas tillsammans. Men på grund av en god dialog kunde analysen genomföras korrekt och resultatskrivningen skrevs sedan tillsammans.

Eftersom en litteraturöversikt ska vara så objektiv som möjligt beskriver Kristensson (2014) i sin bok att författarnas förförståelse kan påverka resultatet. Därför diskuterades det kontinuerligt vad motivation egentligen var och litteraturen var ett stöd istället för att använda egna åsikter och tolkningar. Under analysen framkom resultat som svarade till syftet. Det kunde dock vara svårt att inte låta förförståelsen påverka resultatet då det var första gången en litteraturöversikt genomfördes och detta kan ibland vara en faktor som påverkar objektiviteten (Kristensson, 2014).

Alla vetenskapliga artiklar var etiskt granskade och detta var ett krav i litteraturöversikten (Friberg, 2017, Kapitel 12). Det var även ett krav att deltagandet var frivilligt. Detta var noggrant kontrollerat i artiklarna då det är av etiskt grund och respekt för alla individer som deltar (Kristensson, 2014). Det var ibland svårt att hitta etisk granskning i alla artiklar då det inte var så tydligt. Men efter gemensamt kontrollerande av de vetenskapliga artiklarna hittades etisk granskning.

Giltigheten i litteraturöversikten berör resultatets stabilitet (Kristensson, 2014). Det handlar om det insamlade materialets stabilitet över tid och på så vis också resultatets stabilitet. Ett sätt att visa giltigheten i resultatet är att tydligt beskriva när materialet samlades in. Datum för när sökningarna utfördes kan ses i bilaga 2. I bilaga 2 redovisas även artiklarnas metod, syfte, och resultat, år samt land (Friberg, 2017, Kapitel 12). Översikten gjorde ingen avgränsning till land eftersom att i en litteraturöversikt bör det inte exkluderas då det kan försämra resultatet (Friberg, 2017, Kapitel 12). Till översikten hittades artiklar från Iran, Norge, Usa, Taiwan, Kina, Canada, Irland och Australien. Det fanns vissa kulturella skillnader. Men litteraturöversikten är utförd i Sverige och överförbarheten kan därmed generaliseras i andra kontexter. Det upplevdes att det var lärorikt att se hur studierna genomfördes i de olika länderna samt hur män och kvinnor beskrev vad som motiverade dem till egenvård.

Begreppet patienter användes inte i översikten då kontexten kunde variera och det gjordes ingen avgränsning i kontext.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att självförtroendet var en av de största aspekterna som hade betydelse för personerna. Likaså var stöttningen från familj och vänner samt hälsokunskap och information viktiga huvudfynd. Självförtroendet var en faktor som påverkade motivationen oavsett om det fanns eller inte. Ökat självförtroende gav motivation och bristande självförtroende gav mindre eller ingen motivation, vilket personerna var tydliga med i resultatet. Eftersom självförtroende byggs upp med hjälp av socialt stöd och vårdpersonal kunde personerna utveckla vad som fattades i deras vardag för att motiveras till egenvård. Det framkom i resultatet att om självförtroendet brister, brister även egenvården. Orem (2001) menar att en människa kan känna välbefinnande trots sjukdom genom att ta hand om sig själv med hjälp av egenvård. Hon menar även att när egenvården utförs effektivt bidrar den till att upprätthålla självförtroendet samt den mänskliga funktionen och utvecklingen. Orem (2011) påpekar också att förutom självförtroendet och kunskapsförmåga krävs det engagemang i egenvård. Motivation är med andra ord en absolut en förutsättning att engagera sig i och för att utföra daglig egenvård vilket också framgår i resultatet. Orem (2011) menar också att brister självförtroendet bör detta kompenseras med stöd från vården, familj och vänner.

Resultatet visade att låg hälsokompetens och bristande information minskar personers förtroende för deras egen förmåga att utföra egenvård och därmed sämre självförtroende samt motivation. Ökad hälsokunskap gav därmed ökat självförtroende och motivation till egenvård. Det var viktigt för personerna att veta vad hjärtsvikt innebar och vad som ingick i egenvård för just detta tillstånd. Bättre information gav dem bättre kunskap gällande sitt tillstånd. De som inte fick tillräcklig med hälsokunskap och information gällande hjärtsvikt fick känslor av rädsla och osäkerhet. Son, Shim, Seo, & Seo (2018) menar att hälsokunskap är personers förmåga att införskaffa, läsa, förstå och använda grundläggande hälsoinformation. Det visade sig också att hälsokunskap hade en signifikant inverkan på självomsorgsbeteende efter anpassning av personernas egenskaper, styrkor och svagheter (Socialstyrelsen, 2013; Son et al., 2018).

Enligt personerna i resultatet beskrev de hur viktigt de ansåg att hälsokunskap och information var från sjuksköterskor för deras egenvård. Detta menar även Son et al (2018) vara en viktig faktor för upprätthållandet av egenvård vid hjärtsvikt. Dessutom påpekar de att varje individ har rätt till en personcentrerad vård utifrån dennes egna förutsättningar. Därav det som framgick i resultatet tyder på att information som ges måste vara på den nivå att den förstås av personen. Som tidigare nämnt menar Bidwell et al., (2018) att varje patientsamtal måste anpassas och vid de här samtalen ska det kontrolleras vad denna personen har uppfattat om informationen. På detta sätt visas respekt för personen och det blir lättare för denne att värdera samt minnas informationen (Bidwell et al., 2018). Bader et al., (2018) beskrev också att om en undervisning ska bli lyckad måste den anpassas utifrån personens förutsättningar. Varje möte måste vara individuellt anpassat och sjuksköterskan måste ta sin tid för att säkerställa att informationen förstås på ett korrekt sätt (Bader et al., 2018). Orem (2011) säger att egenvård är ett inlärt beteende som lärs in via interaktion, kommunikation och sociala grupper. I resultatet framkom det också att motivation till egenvård kommer från vården samt sociala relationer. Hon menar att det är viktigt att skapa en utvecklande miljö samt undervisa. Orem (2011) beskriver att hälsokunskap måste få användas i praktiken för att träna sina egna kunskaper för att kunna ta hand om sig själv och anpassa sina egenvårdsbehov (Orem, 2011).

Det sista centrala fyndet i översikten var att socialt stöd och familjerelationer även var en viktig aspekt i personernas liv som levde med hjärtsvikt. Att ha stöd från familj och vänner var något som förstärkte och ökade självförtroendet. Det sociala stödet menar Orem (2001) är ett av de basbehov som behövs för att utföra egenvård. Basbehoven, så som socialt stöd, främjar människans funktion och utveckling. Det är de behov som först behöver tillfredsställas innan andra behov kan bearbetas (Orem, 2001). Om en person lever själv och inte har det stöd som människan kräver, blir det svårt att utföra egenvård. Då det har visat sig i resultatet att socialt stöd motiverar till egenvård, brister motivationen i större grad om personer lever ensamma samt inte har stöd från familj och vård. Stöd från sociala relationer, familj och vård är det som varje person med hjärtsvikt egentligen behöver för att stärka sitt självförtroende och ta hand om sig själva. Resultatet tyder på att personer som lever ensamma har sämre livskvalité och sämre förmåga att ta hand om sig själva då det inte finns tillräckligt med stöd. Eftersom hjärtsvikt är ett krävande tillstånd, behöver varje person ett stöd för att både fysiskt och psykiskt klara av dess svårigheter. Orem (2001) menar att egenvårdskapaciteten är personens kraft och förmåga som leder till motivationen att utföra

egenvård och därmed är sammanfattningsvis egenvården den absolut viktigaste aspekten för att tillvarata en god livskvalité (Orem, 2001).

Slutsats

Syftet med litteraturöversikten var att undersöka vad som motiverar personer med hjärtsvikt till egenvård. Ur resultatet framkom tre viktiga teman som huvudfynd. Kunskap om hälsa och information, brister inom vården till personer med hjärtsvikt. Kunskap och information är en bidragande faktor till en lyckad egenvård. Eftersom de här två delarna brister, så brister även självförtroendet hos personerna. Självförtroendet måste finnas hos personerna för att de ska kunna tro på sig själva och genomföra egenvården. Det sociala stödet och stödet från sjuksköterskan bidrog till ökad motivation gällande egenvård och detta är en viktig del i personernas liv. För att sjuksköterskan ska kunna ge en personcentrerad vård är det av stor vikt att involvera personen i sin vård samt tillåta delaktighet. Det är av stor betydelse att personernas individuella behov inkluderas och planeras tillsammans med sjuksköterskan. Egenvård är något som måste informeras om redan i tidigt skede hos den drabbade för att tillståndet ska kunna vara hanterbart.

Motivation och egenvård integrerar och är beroende av varandra. Därför är det viktigt att som sjuksköterska finna vad som motiverar varje enskild person till egenvård. Att se personen som en helhet och lära känna dennes bakgrund ger oss som sjuksköterskor en bättre utgångspunkt för att kunna bidra till att personer hittar sin motivation för egenvård. Något som sjuksköterskan inte får glömma och som tydligt påpekas av personer i litteraturöversikten, är att alltid säkerställa att den information som ges eller lärs ut, uppfattas på ett korrekt sätt av personen som mottar den. Den här litteraturöversikten kan ge sjuksköterskor en större bild av vad som motiverar personer med hjärtsvikt till att utföra egenvård. Eftersom det har visat sig vara många olika aspekter som spelar roll, kan litteraturöversikten vara en vägledning till att finna de olika anledningarna till motivation. Fortsatt forskning bör göras kring hur personer upplever sin egenvård i syfte till att fortsätta ge en god omvårdnad och en bättre livskvalité.

Självständighet

Samarbetet mellan studenterna har fungerat mycket bra under arbetes gång. Studenterna har tillsammans problematiserat och valt syfte, metod, område. Bakgrunden har studenterna gjort tillsammans och även metoddelen. Sökning i databaserna gjordes på varsitt håll. Analysen har studenterna gjort gemensamt. Resultatskrivningen har studenterna gjort tillsammans, även metoddiskussion och resultatdiskussion. Bilagor och tabeller gjordes också tillsammans.

Referenser

* = artiklar inkluderade i resultatet

* Abotalebidiariasari, G., Memarian, R., Vanaki, Z., Kazemnejad, A., & Naderi, N. (2016). Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory. *Research and Theory for Nursing Practice*, 30(4), 320–332. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.4.320>

Adib-Hajbaghery, M., Maghaminejad, F., & Abbasi, A. (2013). The role of continuous care in reducing readmission for patients with heart failure. *Journal of caring Sciences*, 2(4), 255-267. doi: 10.5681/jcs.2013.031

*Albert, N. M., Forney, J., Slifcak, E., & Sorrell, J. (2015). Understanding physical activity and exercise behaviors in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 44(1), 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.006>

American Heart Association. (2017). Classes of Heartfailure. Hämtad 2019-04-11 från http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Cla%20sses-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp#.XK78FS3M3BJ

Bader, F., Atallah, B., Sadik, Z. G., Tbishat, L., Gabra, G., Soliman, M.,... Khalil, M. (2018). Nurse-led education for heart failure patients in developing countries. *British Journal of Nursing*, 27(12), 690–696. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.12.690>

Bidwell, J. T., Higgins, M. K., Reilly, C. M., Clark, P. C., & Dunbar, S. B. (2018). Shared heart failure knowledge and self-care outcomes in patient-caregiver dyads. *Heart & Lung*, 47(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.11.001>

Eikeland, A., Haugland, T & Stubberud, D.G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H. Almås, D. Stubberud & R. Grønseth (red.) (2011). *Klinisk omvårdnad 1*.(2., [uppdaterade] uppl. s. 208 -243) Stockholm: Liber.

Franklin, M., Lewis, S., Willis, K., Rogers, A., Venville, A., & Smith, L. (2019). Goals for living with a chronic condition: The relevance of temporalities, dispositions, and resources. *Social Science & Medicine* (1982), 233, 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.031>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Jowsey, T., Pearce-Brown, C., Douglas, K. A., & Yen, L. (2014). What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in self-management behaviour? *Health Expectations*, 17(2), 267–277. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00744.x>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

Kärner, A. (2009). Lärande i ett omvårdnadsperspektiv. I F. Friberg., J. Öhlén & A. Edberg (red.). *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Li, C.-C., Chang, S.-R., & Shun, S.-C. (2019). The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3–4), 509–519. <https://doi.org/10.1111/jocn.14640>

Lepp, M. (2009) Skapande och kreativitet. I A. Edberg & H. Wijk (red.). *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Linde, C. (2019). Forskning om hjärtsvikt. Hämtad 2019-04-09 från Hjärt- och lungfonden, <https://www.hjart-lungfonden.se/Forskning/Aktuell-forskning/Hjartforskning/Forskning-om-hjartsvikt/>

Martin, L. (2018). *Informatik i vården: hälsoinformatik för sjuksköterskor*. (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Meyerson, K. L., & Kline, K. S. (2009). Qualitative analysis of a mutual goal-setting intervention in participants with heart failure. *Heart & Lung*, 38(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.12.004>

Mlynarska, A., Golba, K. S., & Mlynarski, R. (2018). Capability for self-care of patients with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1919–1927. <https://doi.org/10.2147/CIA.S178393>

Mårtensson, J. (2012). Vård av patient med hjärtsvikt. I B, Fridlund., D, Malm & J, Mårtensson (Red.), *Kardiologisk Omvårdnad*. (2. uppl. s. 79-104) Lund: Studentlitteratur.

Narasimhan, M., & Kapila, M. (2019). Implications of self-care for health service provision. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(2), 76–77. doi: 10.2471/BLT.18.228890

*Nordfonn, O. K., Morken, I. M., Bru, L. E., & Husebø, A. M. L. (2019). Patients' experience with heart failure treatment and self-care—A qualitative study exploring the burden of treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1782–1793. <https://doi.org/10.1111/jocn.14799>

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. uppl.) St. Louis, Mo.: Mosby.

Patterson, K. (2018). Heart Failure Medications: From Stage A to C. *MEDSURG Nursing*, 27(6), 383–387. Retrieved from <http://miman.bib.bth.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c&AN=133645965&site=ehost-live>

Rydberg, E., & Holst, M. (2016). Hjärtsjukdomar. Ekwall, A. & Jansson, A.M. (red.) *Omvårdnad & medicin*. (1. Uppl. s. 216 - 259) Lund: Studentlitteratur.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2014-04-11 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen (2013). Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård. Hämtad 2019-04-12 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf>

Son, Y.-J., Shim, D. K., Seo, E. K., & Seo, E. J. (2018). Health Literacy but Not Frailty Predict Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph15112474>

*Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Ryan, R. M. (2016). Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(5), 317–327. <https://doi.org/10.1177/1474515115572047>

*Stawnychy, M., Masterson Creber, R., & Riegel, B. (2014). Using brief motivational interviewing to address the complex needs of a challenging patient with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(5), E1-6. <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000098>

*Tully, N. E., Morgan, K. M., Burke, H. M., & McGee, H. M. (2010). Patient Experiences of Structured Heart Failure Programmes [Research article]. <https://doi.org/10.1155/2010/157939>

Vellone, E., Jaarsma, T., Strömberg, A., Fida, R., Årestedt, K., Rocco, G., ... Alvaro, R. (2014). The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: new insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Patient Education and Counseling*, 94(1), 97–102. doi: 10.1016/j.pec.2013.09.014

Wiklund Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2011) *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

*Zhang, K. M., Dindoff, K., Arnold, J. M. O., Lane, J., & Swartzman, L. C. (2015). What matters to patients with heart failure? The influence of non-health-related goals on patient adherence to self-care management. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 927–934. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.011>

*Zou, H., Chen, Y., Fang, W., Zhang, Y., & Fan, X. (2017). Identification of factors associated with self-care behaviors using the COM-B model in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(6), 530 – 538. <https://doi.org/10.1177/1474515117695722>

Örn, S. (2009). Läkemedel vid hjärt- och kärlsjukdomar. I H. Nordeng & O. Spigset (red.) *Farmakologi och farmakologisk omvårdnad*. (1. uppl. S 158 - 181) Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl. s 59 - 82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Databassökningar i Cinahl och Pubmed

2019 04 18

CINAHL Complete

Nr	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakts	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade resultat
S1	Heart failure	35,251	0	0	0	0
S2	Self care	33,453	0	0	0	0
S3	Experience	285,224	0	0	0	0
S4	Experiences	285,224	0	0	0	0
S5	Heart failure AND Self care	1062	0	0	0	0
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	50	15	5	2	2

2019 04 25

CINAHL Complete

Nr	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakts	Lästa I fulltext	Granskade	Inkluderade i resultat
S1	Heart failure OR (MH" Heart failure")	53,492	0	0	0	0
S2	Self- care OR (MH" Self - care")	44,604	0	0	0	0
S3	Motvation OR (MH" Motivation")	46,983	0	0	0	0
S4	Person OR (MH" patient")	1,782,219	0	0	0	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	65	12	2	2	2

2019 04 28

CINAHL Complete

Nr	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakts	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultat
S1	Heart failure OR (MH "Heart Failure")	53,561	0	0	0	0
S2	Self - care OR (MH" Self - care")	47,067	0	0	0	0
S3	Motivation OR (MH" Motivation")	44,677	0	0	0	0
S4	Person OR Patient	1,785,674	0	0	0	0
S5	Coping OR (MH" Coping") OR ("Self-Efficacy")	64,798	0	0	0	0
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	6	3	2	1	1(*1)

2019 04 25

Pubmed

Nr	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakts	Lästa I fulltext	Granskade	Inkluderade I resultat
S1	("Heart failure"[Mesh]) OR Heart failure)	236878	0	0	0	0
S2	("Self Care"[Mesh]) OR Self care))	178469	0	0	0	0
S3	("Motivation"[Mesh]) OR Motivation))	200183	0	0	0	0
S4	(Patient) OR (Person)	11826001	0	0	0	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	57	27	6	6	6(1*)

Bilaga 2. Artikelöversikt och analys

Författare, Tidskrift, Årtal, Land.	Titel	Syfte	Metod (urval, datainsamling, analys)	Resultat
Abotalebidiarisari, G., Memarian, R., Vanaki, Z., Kazemnejad, A., & Naderi, N. Research and Theory for Nursing Practice 2016 Iran	” Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure:” - A Qualitative Study Based on Orem’s Theory	Att förklara motivation till egenvård vid hjärtsvikt	Metod: Kvalitativ Urval: 24 patienter med hjärtsvikt.	Patienterna beskrev vad som motiverade dem till att kunna bedriva sin egenvård och detta skapade elva primära koder vilket reflekterade motivationen för egenvård hos patienter med kronisk hjärtsvikt
Albert, N. M., Forney, J., Slifcak, E., & Sorrell, J., Heart & Lung 2015 USA	Understanding physical activity and exercise behaviors in patients with heart failure	Att upptäcka perceptioner av fysisk aktivitet hos patienter med kronisk hjärtsvikt (*HF)	Metod: Mixad metod: Kvantitativ, enkätstudie och Kvalitativ, intervjuer. Urval: 48 vuxna patienter med kronisk hjärtsvikt.	Teman som uppstod i studien var: patienter som inte kände till (fick tillräcklig information) och vårdgivare som inte berättade tillräckligt, rädd att göra eller inte göra, när livet kommer i vägen, meningsfullt stöd gentemot meningslöst prat, emotionella kopplingar till motion, vad som är av värde motsvarar inte motivation och kopplingen mellan självförtroende och motivation.
Jowsey, T., Pearce-Brown, C., Douglas, K. A., & Yen, L. Health Expectations 2014 Australien	What motivates Australian health service users with chronic illness to engage in self-management behavior?	Att beskriva motivationen för eller emot egenvård i olika grupper med äldre australiensare med diabetes, hjärtsvikt eller kronisk obstruktiv lungsjukdom och att föreslå riktlinjer för att öka patientens motivation till egenvård.	Metod: Kvalitativ Urval: 52 st vuxna med antingen hjärtsvikt, diabetes typ 2 eller KOL.	Motivationen var något som var mycket viktigt för vissa deltagare men samtidigt fanns det andra som inte alls hade motivation till egenvård. Familj motiverade många patienter till egenvård men samtidigt blev det negativt när de närstående försökte bestämma över dem.
Li, C.-C., Chang, S.-R., & Shun, S.-C. Journal of Clinical Nursing 2019 Taiwan	The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study	Att förstå hanteringsprocessen av egenvård hos patienter med kronisk hjärtsvikt	Metod: Kvalitativ Urval: Patienter med hjärtsvikt. 27 deltagare rekryterades.	Patienterna beskrev att de hanterade sin egenvård genom t.ex. känslor och acceptans av verklighet, hitta sätt att leva med kronisk hjärtsvikt och att göra egna tolkningar av hur tillståndet kan hanteras, t.ex. meningen med livet, ett nytt perspektiv och se en djupare mening med egenvården. Patienterna beskrev hur de önskade att de fick mer stöd från vården för att lära sig mer om sitt tillstånd och för att kunna skapa mer positiva coping strategier för att kunna hantera sin egenvård.
Meyerson, K. L., & Kline, K. S Heart & Lung 2009	Qualitative analysis of a mutual goal-setting intervention in participants	Att identifiera faktorer och mål som påverkar eller motiverar egenvård hos patienter med hjärtsvikt	Metod: Kvalitativ Urval: 88 deltagare med hjärtsvikt som primärt tillstånd.	Patienterna beskrev hur viktigt det var för dem att kunna vara motiverade och att kunna sätta mål. Målen gav dem mer motivation att vara självständiga och bibehålla sin autonomi. De ansåg också att

USA	with heart failure.			självförtroendet var en viktig del i motivationen. Tillsammans med sjuksköterskan var det motiverande att sätta mål då det gav patienterna anledningar till att kämpa och bedriva egenvård. utvärdera och skapa nya mål. Stödet från sjuksköterskan var mycket viktigt.
Nordfonn, O. K., Morken, I. M., Bru, L. E., & Husebø, A. M. L Journal of Clinical Nursing 2019 Norge	Patients' experience with heart failure treatment and self-care—A qualitative study exploring the burden of treatment	Att undersöka hur patienter med hjärtsvikt upplever bördan av egenvård	Metod: Kvalitativ Urval: 17 personer med hjärtsvikt.	Patienterna upplevde emotionella utmaningar och svårigheter med egenvården vilket gjorde att det kunde vara svårt med motivationen. Patienterna upplevde rädsla att hantera sitt tillstånd, otillräcklig information och delaktighet samt känsla av skuld. Skuld känslorna av att vara en omständig patient gjorde att de höll sig mycket för sig själva. Bristande information från vården bidrog till mindre motivation av egenvård.
Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Ryan, R. M European Journal of Cardiovascular Nursing 2016 USA	Family partner intervention influences Self-Care confidence and treatment Self-Regulation in Patients with heart failure	Att undersöka associationen av familjefunktion, självförtroende och motivation bland deltagare med hjärtsvikt och avgöra om en familjepartnerskapsintervention skulle främja högre nivåer av uppfattat självförtroende och motivation vid fyra och åtta månader jämfört med patient-familjeutbildning eller vanliga vårdgrupper.	Metod: Kvantitativ. Interventionsstudie. Urval: 85 dyader/par deltog i studien. Patienterna var diagnostiserade med hjärtsvikt.	Resultatet tyder på att familjefunktionen spelar en viktig roll i *HF-patientens uppfattning om egenvård och självförtroende. De med sämre familjeförhållande fungerade med lägre nivåer av självförtroende och autonom motivation för att följa sina mediciner och kost.
Stawnychy, M., Masterson Creber, R., & Riegel, B. The Journal of Cardiovascular Nursing 2014 USA	Using Brief Motivational Interviewing to Address the Complex Needs of a Challenging Patient With Heart Failure	Att avgöra om kort MI var effektivare för att förbättra patientens självhantering än aktivt lyssnande eller standardvård var.	Metod: Fallstudie. Kvalitativ, intervjuer i form av MI (motiverande intervjuer). Urval: Personer över 18 år med diagnostiserad hjärtsvikt. I studien beskrivs ett fall med en patient.	Med hjälp av korta motiverande intervjuande tillvägagångssätt rapporterade patienten en ökning av motivation och förmåga att förändras och utvecklade en plan för att integrera självomsorgsbeteenden i dennes dagliga rutin. När MI utfördes korrekt uppmuntrade kommunikation och förtroende samt gjorde patienterna aktiva deltagare i vården.
Tully, N. E., Morgan, K. M., Burke, H. M., & McGee, H. M. The journal of cardiopulmonary and acute care 2010 Irland	Patient experiences of structured heart failure programmes.	Att utforska patienternas erfarenheter av rehabiliteringsprogram, inklusive deras syn på de viktiga komponenterna inom hjärtsviktstjänster och att undersöka livskvaliteten efter rehabilitering.	Metod: Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer Urval: 15 vuxna patienter som haft hjärtsvikt i minst ett år.	Teman som identifierades inkluderade förbättringar i förtroende och moral, svårigheter att upprätthålla en god egenvård, attityder mot vårdpersonalen, besvikelsen gentemot läkarna (vilket stod markant mot den entusiasm som de uttryckte för specialistvården och stöd från hjärtrehabiliteringspersonalen), frustrationen för vårdkvaliteten på andra vårdinrättningar, hantering av medicineringsystemet och attityder till "termin" hjärtsvikt.

Zhang, K. M., Dindoff, K., Arnold, J. M. O., Lane, J., & Swartzman, L. C Patient Education and Counseling 2015 Canada	What matters to patients with heart failure? The influence of non-health-related goals on patient adherence to self-care management	Att förbättra förståelsen för patientmotivation för egenvård genom granskning av deras mål.	Metod: Kvantitativ. Enkätstudie. Urval: 40 personer med hjärtsvikt.	Resultatet visade att majoriteten av *HF-patienternas värderade mål relaterat till funktionell autonomi. De vanligaste topp 5 målen som valts av hälften av provet var att "behålla mitt fysiska oberoende", "ha energi att göra saker jag vill göra" och "ha kontroll över hur jag lever mitt liv".
Zou, H., Chen, Y., Fang, W., Zhang, Y., & Fan, X. European Journal of Cardiovascular Nursing 2017 Kina	Identification of factors associated with self-care behaviors using the COM-B model in patients with heart failure.	Syftet med denna studie var att utforska faktorer som är förknippade med självomsorgsbeteenden och att undersöka medlingsrollen mellan egenvård och självförtroende.	Metod: Kvantitativ. Tvärsnittsstudie. Urval: 321 patienter (medelåldern 64 år, 51% män) med kronisk hjärtsvikt 18 år eller äldre, NYHA klass II-III.	Funktionell kapacitet och kunskap var direkt förknippad med egenvård och hälsokunskap och socialt stöd var direkt relaterade till underhåll av tillståndet. Dessutom förmedlade självförtroendet relationerna mellan kunskap, hälsokunskap, socialt stöd och självomsorgsbeteenden.

*HF = Engelska Heart-Failure = Hjärtsvikt.

Bilaga 3. Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningsprotokoll, kvantitativ metod

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011, s. 173 - 174).

Beskrivning av studien, t.ex metodval.....

Forskningsmetod RCT CCT
 multicenter, antal center....
 Kontrollgrupp/er....
Patientkaraktäristika
Antal
Ålder
Man/kvinna

Kriterier för inkludering/exkludering
Adekvat inkludering/exklusion Ja Nej

Intervention.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära
effektmått.....

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej
Representativt urval? Ja Nej
Randomiseringsförfarande beskrivet Ja Nej Vet ej
Likvärdiga grupper vid start? Ja Nej Vet ej
Analyserade i den grupp som de randomiserades till? Ja Nej Vet ej
Blindning av patienter? Ja Nej Vet ej
Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej
Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej
Adekvat statistisk metod? Ja Nej
Etiskt resonemang? Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är resultaten valida? Ja Nej
Är instrumenten reliabla? Ja Nej
Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten? Hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning).....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

Granskare (sign)

Kvalitetsgranskningsprotokoll, kvalitativ metod

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod
(Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011, s. 175 - 176).

Beskrivning av studien, t.ex. metodval

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant? Ja Nej Vet ej

– Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

– Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

– Råder analysmätnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Ja Nej Vet ej

Huvudfynd Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

.....

.....

Granskare (sign)