

EXAMENSARBETE- KANDIDATNIVÅ
VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2023:53

Patientens upplevelse av att leva hjärtsvikt och egenvård
En litteraturöversikt

Agnes Alsin
Emma Hall



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Att leva med hjärtsvikt och egenvård – Patientens upplevelse av egenvård vid hjärtsvikt
Författare:	Agnes Alsin Emma Hall
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK20h
Handledare:	Tanja Gustafsson
Examinator:	Anders Jonsson

Sammanfattning

Att leva med hjärtsvikt innefattar flera olika utmaningar eftersom det är en allvarlig diagnos med många olika symtom som kan begränsa vardagslivet. Behandlingen består av flera delar med bland annat egenvård som är en del av patientutbildningen. Egenvård kan ge möjlighet för patienter att behandla symtom på egen hand och öka självständigheten. Sjuksköterskan kan finnas som stöd vid egenvård genom att informera och motivera. Syftet med studien är att belysa patientens upplevelse av egenvård vid hjärtsvikt. Metoden är en litteraturstudie med inriktning mot kvalitativa artiklar som sökts fram i CINAHL och MEDLINE. Därifrån valdes nio artiklar ut som svarade an på syftet. Resultatet visade varierade upplevelser av egenvård som grundades i patientens egenskaper. För att utföra egenvård krävdes motivation som utformades på olika sätt. Att ha kunskap och stöd var viktiga faktorer för att utföra egenvård, men många patienter upplevde brist på stöd från hälso- och sjukvårdspersonal och att vården inte var personcentrerad.

Nyckelord: *Hjärtsvikt, egenvård och upplevelser.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt.....	1
Att leva med hjärtsvikt.....	2
Att vårda patienter med hjärtsvikt.....	2
Egenvård vid hjärtsvikt.....	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
Datainsamling.....	4
Kvalitetsgranskning.....	5
Dataanalys.....	5
Forskningsetiska övervägande.....	6
RESULTAT	6
MOTIVATION	7
Känslomässiga utmaningar.....	7
Inställning till livet.....	7
En tung börda.....	7
Rädsla som drivkraft eller hinder.....	8
Acceptans eller förnekelse.....	8
En känsla av kontroll.....	9
Stöd och kunskap.....	9
Stödjande relationer.....	9
Information.....	10
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	12
Personcentrerad vård.....	12
Bristande kunskap.....	13
Hållbar utveckling.....	14
SLUTSATS	14
REFERENSER	16
Bilaga 1	19

INLEDNING

Att drabbas av hjärtsvikt kan innebära att livet vänds upp och ner och medför olika utmaningar. Hjärtsvikt är en vanlig sjukdom som behandlas medicinskt men också genom egenvård. Som sjuksköterskor kommer vi att möta denna grupp av patienter och det är viktigt att ha kunskaper om hur vi kan stärka och stödja patientens hälsoprocess. Vår erfarenhet från arbete på en hjärtavdelning är att det kan vara utmanande för patienter att utföra egenvård, därför blir det också intressant och viktigt att förbättra kunskap kring patientens upplevelse av egenvård.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en folksjukdom där 250 000 personer levde med det i Sverige år 2022. Sjukdomen blir vanligare i högre ålder och är ett allvarligt tillstånd som också ökar världen över på grund av en alltmer åldrande befolkning (Hjärt-lungfonden 2022). Hjärtsvikt är en komplex sjukdom och en ledande orsak till att äldre vuxna blir inlagda på sjukhus där risken ökar för återinläggningar och dödlighet (Ponikowski et al. 2016).

Hjärtat är en muskel som vid ökad belastning normalt anpassar sig och reagerar med tillväxt (Hjärt-lungfonden 2022). Vid hjärtsvikt stelnar hjärtmuskeln istället till följd av riskfaktorer som högt blodtryck, hjärtinfarkt, diabetes eller ateroskleros. När hjärtat inte längre orkar kompensera för belastningen orsakar det hjärtsvikt. Det innebär att hjärtats pumpförmåga blir försämrade och det kommer inte ut tillräckligt med blod i kroppen. Det leder till att kroppens celler får för lite syre och näring vilket är förklaringen till trötthet och andfåddhet som är två vanliga symtom för hjärtsvikt (Hjärt-lungfonden 2022). Det finns olika varianter av hjärtsvikt som systolisk, diastolisk, akut och kronisk. Vanliga symtom på hjärtsvikt är rosslande andning, dyspné, trötthet, andfåddhet och ödem (Hjärt-lungfonden 2022). Patienter beskriver symtom som brist på energi och andnöd som de vanligaste medan sömnstörningar och trötthet är mest plågsamma. Patienter kan också uppleva symtom som nedstämdhet, oro och nervositet (Zambroski, Moser, Bhat & Ziegler 2005). Hjärtsvikt finns i olika allvarlighetsgrader och för att bedöma det kan New York Heart Association (NYHA) användas. Den innehåller en skala från 1–4, där 1 är den mildaste formen och 4 den allvarligaste (Nordgren, Asp & Fagerberg 2007).

Diuretika är en vanlig behandling vid hjärtsvikt och den är till för att driva ur vätskan ur alveolerna i lungorna och minska belastningen på hjärtat (Nicholson 2014). Risker med diuretika är att patienterna kan drabbas av dehydrering, lågt blodtryck och akut njursvikt. Betablockerare är ett annat vanligt läkemedel som används vid hjärtsvikt, detta ska dock användas med försiktighet. Betablockerares verkningsmekanism är att bromsa hjärtfrekvensen, minska efterbelastningen och minska arytmier. Det är dock ett effektivt läkemedel och har resulterat i minskade återinläggningar på sjukhus (Nicholson 2014).

Att leva med hjärtsvikt

Att få diagnosen hjärtsvikt kan upplevas som en plötslig förändring i livet och kan ha stor påverkan på patientens liv. Patienter har beskrivit det som att livet vändes upp och ner, där de ständigt brottas med förändringar och samtidigt ska lära sig nya saker om sjukdomen och egenvård (Nordfonn, Morken, Bru & Lunde Husebø 2019). Vidare beskriver en studie att hjärtsvikt även kan upplevas som en begränsning i livet och innebära en sorg över att inte längre kunna utföra vardagssysslor på grund av symtom som begränsar livet (Ryan & Farrelly 2009). Detta kan förstås som ett lidande för patienten. Arman (2016, s. 38–39) beskriver att lidande kan upplevas som smärta, plåga, pina eller elände. Det finns olika former av lidande som sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Sjukdomslidande innebär det människor upplever i samband med sjukdom och ohälsa. Det hör ofta ihop med smärta och symtom (Arman 2016, s. 42). Hjärtsvikt kan ge livslidande som oro inför framtiden och försämrad livskvalitet. Skuld känslor och irritation är också en form av lidande som kan uppkomma i samband med hjärtsvikt (Pattenden, Roberts & Lewin 2007). Arman (2016, s. 38) beskriver vidare att hälsa och lidande hänger ihop med varandra och att trots hälsa kan lidande uppstå och tvärtom. Hälsa har olika betydelse för människor och vissa upplever hälsa och välbefinnande genom att laga mat eller sköta trädgården medan andra upplever det genom att umgås med familj. Hälsoprocesser är grundläggande hos människan, liksom strävan efter att bli sig själv, där sjukdom och lidande kan ses som en pådrivande faktor till utvecklingen i hälsa (Arman 2016, s. 38–39).

Hjärtsvikt är en sjukdom som kan leda till en känsla av hopplöshet och extrem trötthet. Flera patienter har berättat om tröttheten som gör att även de enklaste vardagsaktiviteter blir ett stort uppdrag. Det kan leda till att patienten känner sig fångad och ensam (Ryan & Farrelly 2009). Hjärtsvikt och egenvård kompliceras av åldrande, samsjuklighet och skörhet och samtidigt sätter vården höga krav på att patienter ska ha förmågan att ta hand om sig själv (Ponikowski et al. 2016). Många patienter uppgav att deras minnen försämrats i samband med hjärtsvikt vilket gjorde det svårt att komma ihåg alla livsstilsråd vården gett. Det visade sig också att flera patienter hade liten eller ingen förståelse för sjukdomen och hur den skulle hanteras (Pattenden, Roberts & Lewin 2007).

Att vårda patienter med hjärtsvikt

Sjuksköterskans ansvarsområde och specialitet är omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening 2009). Det innebär att vårdandet vilar på en vetenskaplig grund och patientnära arbete. Det betyder att sjuksköterskan bör utgå från ett humanistiskt synsätt där människors utveckling, hälsa och välbefinnande synliggörs i samband med födsel, ohälsa, lidande och död. Sjuksköterskan ska också utöva samarbete med andra professioner och yrken för att tillgodose patientens behov. Vidare ska alla patienter vårdas på lika villkor och i mötet med patienten ska rätten till självbestämmande respekteras (Svensk sjuksköterskeförening 2009).

Sjuksköterskor beskriver i en studie om vården av patienter med hjärtsvikt att det tar tid att lära känna sina patienter och därför krävs det kontinuitet inom vården (Östman, Bäck-Pettersson, Sundler & Sandvik 2020). Kontinuiteten ger möjlighet för vårdare att skapa förtroendefulla och omtänksamma relationer. Genom att få tid till att

kommunicera med patienter kan tillit skapas. Det innebär att kommunicera på en du-och-jag nivå som betyder att inte prata till patienten utan med varandra (Östman et al. 2020). Ekebergh (2016, ss. 122–123) beskriver hur relationer kan formars i vårdande möten. Som sjuksköterska innebär det att vara lyhörd och följsam inför patientens berättelse och ge utrymme till patienten att prata. Ekebergh (2016, s. 127) förklarar vidare hur vårdande möten kan ge möjlighet för patientens delaktighet som kan ge patienten en känsla av kontroll över sin kropp, hälsa och ohälsa. Delaktighet innebär att sjuksköterskan bjuder in patienten i vårdprocessen genom att informera om sjukdom, behandling och framtiden (Ekebergh 2016, s. 127). Det är också viktigt med ett ömsesidigt förtroende i relationen för att skapa ett team så att sjuksköterskan kan utföra bedömningar och fatta beslut om vården av patienter med hjärtsvikt (Östman et al. 2020).

Kontinuitet kan även ge möjlighet för fungerande kommunikation mellan patient, sjuksköterska, vårdteam och patientens anhöriga (Östman et al. 2020). Vilken typ av attityd sjuksköterskan har påverkar informationsutbytet med patienterna. Sjuksköterskan behöver vara tillgänglig för att lyssna, prata, förstå och vara intresserad av patientens upplevelse. Genom det kan sjuksköterskan stödja patientens hälsa och välbefinnande. För att uppnå en god relation med patienten krävdes det även att sjuksköterskan kan identifiera informationsbehovet hos patienten och därefter utforma kommunikation så att den når patienten (Östman et al. 2020). Ekebergh och Dahlberg (2016, s. 141) betonar att vårdande samtal också kan vara lärande. Patienter behöver få kunskap om hur livet kan hanteras i och med sjukdom och sjuksköterskan behöver ta reda på vad som innebär välbefinnande för just denna patient. Sjuksköterskan ska inte utgå från generella checklistor utan i det som är centralt i patientens liv och vad den har för förmåga att ta in information (Ekebergh & Dahlberg 2016, s. 141).

Egenvård vid hjärtsvikt

Icke-farmakologisk behandling för hjärtsvikt är egenvård som ska inkluderas i patientutbildning vilket innebär att patienten i möjligaste mån tar hand om sin egen hälsa (Ponikowski et al. 2016). Egenvård är en förmåga hos samhället, individer och familjer att främja och upprätthålla, samt förebygga sjukdomar (WHO u.å). Egenvårdsinsatser kan ge möjlighet för individer att hantera sin hälsa och välbefinnande. Det kan ge individen kraft att själv behandla och förebygga sjukdomar. Egenvård ersätter inte sjukvården utan är ett alternativ för att kunna utföra vård i hemmet. Individen har själv kontroll över medicinering och rehabilitering med stöd från sjukvården i den utsträckning det är nödvändigt (WHO u.å).

För patienter med hjärtsvikt innebär egenvård att patienten skall förstå vad hjärtsvikt och symtom innebär (Ponikowski et al. 2016). Vidare ska patienten kunna avgöra om symtom har förändrats och om sjukvård behöver kontaktas eller om det räcker att patienten själv reglerar, till exempel vätskeintag. Patienten ska också känna till vad läkemedel har för effekt samt biverkningar. Att hantera vätskeintag och matintag ingår också i egenvård, vilket innebär att patienten ska undvika överdrivet vätskeintag och hålla sig till vätskerestriktion som är 1,5–2 L/dag och övervaka sin vikt. Vad gäller matintag ska patienten äta mat med lite salt och följa saltrestriktionen som är mindre än 6 g/dag. Andra egenvårdsråd är regelbunden fysisk aktivitet som ger mild eller måttlig

andfåddhet samt bibehålla en hälsosam vikt. Att sluta röka är också en central del i behandlingen (Ponikowski et al. 2016). Förmågan till egenvård beror på patientens följsamhet och det avgör graden av efterlevnad till behandlingsrekommendationer. När patienter har låg förmåga till egenvård är det kopplat till minskad efterlevnad av behandlingsrekommendationer och tvärtemot (Mlynarska, Golba & Mlynarska 2018).

PROBLEMFÖRMULERING

Antalet patienter med hjärtsvikt är en växande grupp av människor i samhället, särskilt bland den äldre populationen. Egenvård är en viktig del av behandling som ger möjlighet för patienter att hantera sin sjukdom, hälsa och välbefinnande samt förebygga försämring på egen hand. Forskning visar att patienter med hjärtsvikt kan sakna kunskaper om sjukdomen och hur den kan hanteras genom egenvård. Det finns lite evidensbaserad kunskap om hur egenvård används av patienter eller hur det påverkar deras liv vilket gör att det kan vara svårt att anpassa stöd utifrån individuella behov. Patienter med hjärtsvikt kan missförstå eller ha svårighet att följa egenvårdsråd som vården rekommenderat, vilket kan ha följder som försämring av hjärtsvikt och återinläggningar på sjukhus. Det medför ett ökat lidande hos patienten men även ökade resurser och kostnader för hälso- och sjukvården.

Genom att utforska patientens upplevelse av egenvård vid hjärtsvikt ökar sjuksköterskans förståelse för patientens individuella behov. Det kan leda till att patienten har möjlighet att tillämpa egenvård som passar individen.

SYFTE

Syftet är att belysa patientens upplevelse av egenvård vid hjärtsvikt.

METOD

Studien är en litteraturöversikt som bygger på vetenskapliga artiklar och inriktar sig mot en sammanställning av kvalitativ forskning om patienters upplevelse av egenvård vid hjärtsvikt. En litteraturöversikt väljs för att fånga flera patienters perspektiv och samla en stor mängd data under en kortare tid. Kvalitativa studier har som mål att öka förståelse för ett fenomen (Friberg 2022, s. 169). När kvalitativa studier tillämpas ger det en ökad förståelse för hur patienter upplever och erfar någonting. Idag finns en stor mängd kvalitativa data vilket kan göra det utmanande att urskilja det väsentliga i studier. Därför blir det viktigt att kvalitetsgranska varje artikel för att säkerställa att artikeln svarar på studiens syfte (Friberg 2022, s. 169). När lämpliga artiklar valts ut skall de granskas och det görs genom mallar som innehåller viktiga frågor som skall besvaras och värderas. Svaret ger en indikation på om studien är av god kvalitet eller inte (Friberg 2022, s. 175).

Datainsamling

Inför datainsamlingen utfördes en inledande sökning för att undersöka om det fanns relevant litteratur (Östlundh 2022, s. 80). Sökningen visade att det fanns tillräckligt med litteratur vilket gjorde att studiens problemformulering och syfte fastställdes.

Datasökningen gjordes i databaserna CINAHL och MEDLINE. Östlundh (2022, s. 88) förklarar att CINAHL är en databas som innehåller omvårdnadsvetenskapliga artiklar medan MEDLINE främst inriktar sig mot medicinsk forskning. Den inledande sökningen i CINAHL utfördes med sökorden: *heart failure AND self care AND experience AND qualitative research*. Detta gav dock inte tillräckligt med studier som svarade på syftet med patienten som utgångspunkt. Nästa steg var den egentliga litteratursökningen även kallad datainsamling (Friberg 2022, s. 52). Sökningen i CINAHL innehöll sökorden: *Heart failure AND Self care AND qualitative methods*. Med filterna: peer review och 2013-2023 som gav 121 träffar. Sökningen i MEDLINE innehöll sökorden: *Heart failure AND Self care AND strategies AND qualitative research*. Med filterna: peer review och 2013–2023 som gav 58 träffar.

För att identifiera artiklar som svarade på studiens syfte, utgick sökningarna från urvalskriterier. Inklusionskriterierna var att studierna utgick från kvalitativa data, patienterna hade någon form av hjärtsvikt, som akut eller kronisk, innehöll patientens perspektiv, alla åldrar, kön och länder. Studierna var också peer reviewed, inte äldre än 10 år och etiskt granskade. Exklusionskriterierna var studier som utgick från vårdare eller anhörigas perspektiv och kvantitativa data.

Det första steget var att läsa alla titlar och utifrån urvalskriterier valdes de artiklar som svarade på studiens syfte. De artiklar som uppfyllde kriterierna samlades i ett arbetsdokument. Från sökningen i CINAHL identifierades 18 artiklar och MEDLINE 15 utifrån titlarna. Nästa steg var att granska abstrakt vilket gjorde att sju artiklar från CINAHL valdes ut och sex artiklar från MEDLINE. Därefter användes Fribergs granskningsmall där det valdes ut nio artiklar som återfinns i bilaga 1.

Kvalitetsgranskning

Artiklarna har granskats enligt Fribergs granskningsmall för kvalitativa studier (Friberg 2022, s. 239). Granskningsmallen innehåller fjorton frågor för kvalitativa studier för att bedöma kvaliteten i artiklarna. Svaren på frågorna avgör om artikeln skall inkluderas eller exkluderas. Frågorna innehåller granskning av problemformuleringen, teoretiska utgångspunkter, tydligt syfte, metod, resultat och diskussionsdel samt etiskt resonemang. Vid kvalitetsgranskning är det viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt och avgöra om den granskade studien ger ökad förståelse för det aktuella fenomenet (Friberg 2022, s. 176).

Dataanalys

Analysprocessen följdes av Fribergs (2022, s. 176) analysmodell som innehåller fem steg. I det första steget lästes alla artiklarna flera gånger för att få inblick i vad artikeln handlade om, vilket gjordes av båda författarna. I det andra steget identifierades nyckelfynden från varje studies resultat. Det gjordes genom att fokusera på preliminära teman och underteman som sammanfattades i ett arbetsdokument. Steg tre innebar att en sammanställning gjordes av varje studies resultat för att få en översikt över det som skulle analyseras. I steg fyra relaterades de olika studiernas resultat till varandra för att identifiera likheter och skillnader. Genom detta skapades nya övergripande teman och underteman. Det gjordes genom att pendla mellan studiernas resultat och

arbetsdokument som tidigare gjorts. I det sista steget formulerades en integrerande sammanställning som blev grunden till resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden har gjorts under hela arbetsprocessen för att säkerställa att de valda artiklarna i litteraturstudien är etiskt försvarbara. Det innebär att artiklarna ska innehålla etiskt godkännande eller att författarna har tolkat metoden som etisk försvarbar (Kjellström 2021, s. 58). Forskningsetik handlar om att värna om människors självbestämmande, integritet och lika värde. Det handlar om att skydda de personer som medverkar i studien genom att informera om varför studien görs, vad deltagarna har för rättigheter samt skyldigheter och att deltagarna har vetskap att de kan avbryta deltagandet när som under studiens gång (Kjellström 2021, s. 57).

Helsingforsdeklarationen har fokus på medicinsk forskning och är en av de mest välkända forskningsetiska koderna (Sandman & Kjellström 2018, s. 374). En ståndpunkt i Helsingforsdeklarationen är att ha balans mellan behovet av ny kunskap gentemot deltagarnas hälsa och intresse. Vilket innebär att inte äventyra deltagarnas säkerhet för att få ny forskning. Om inte detta görs finns det risk att autonomin hotas som innebär att patientens självbestämmande blir utsatt (Sandman & Kjellström 2018, s. 382). Detta har styrt granskningen av artiklarna och författarna ansåg att de valda artiklarna var av god etisk kvalitet.

RESULTAT

Litteraturoversikten är baserad på nio vetenskapliga artiklar och utifrån dessa har ett huvudtema identifierats med två teman och tillhörande underteman.

Tabell 1. Huvudtema, tema och respektive underteman

Huvudtema	Tema	Undertema
Motivation	Känslomässiga utmaningar	<ul style="list-style-type: none">• Inställning till livet• En tung börda• Rädsla som drivkraft eller hinder• Acceptans eller förnekelse• En känsla av kontroll
	Stöd och kunskap	<ul style="list-style-type: none">• Stödjande relationer• Information

MOTIVATION

Motivation visade sig vara en stark faktor för att utföra egenvård och framträder på olika sätt hos patienter med hjärtsvikt. Egenvård kunde upplevas som ett verktyg som främjade hälsa och välbefinnande, samtidigt som det kunde upplevas som utmanande. Resultatet visar att egenvård hos patienter med hjärtsvikt kan vara känslomässigt utmanande, vilket påverkade deras motivation och medförde att patienter behövde stöd och kunskap för att utföra egenvård.

Känslomässiga utmaningar

Detta tema belyser hur patienterna med hjärtsvikt hanterade känslor kopplat till egenvård, vilket påverkade patienternas motivation till att utföra egenvård. Beroende på patientens inställning till livet hanterade patienterna med hjärtsvikt dessa utmaningar på olika sätt. Att utföra egenvård kunde ge utmanande känslor som utmattning och förnekelse vilket medförde en tung börda i livet. Acceptans eller förnekelse kunde yttra sig som ett sätt att hantera känslor vid egenvård. För att bevara sin identitet försökte patienterna behålla kontrollen över livet genom att strikt följa egenvård.

Inställning till livet

Inställningen till livet beskrevs av patienter med hjärtsvikt påverka hur de hanterade och utförde egenvård (Nordfonn, Morken & Lunde Hosebø 2020; Li, Chang & Shun 2019; Chew & Lopez 2017). Att ha en positiv inställning till livet gjorde det lättare att upprätthålla egenvård. En negativ inställning, som kunde innebära klagomål eller tycka synd om sig själv, beskrevs ta onödig energi, vilket patienterna försökte undvika (Nordfonn, Morken & Lunde Hosebø 2020). Positivt synsätt innebar att livet kunde uppskattas trots de begränsningar egenvård kunde ge samt att hitta meningsfulla anledningar till att utföra egenvård (Chew & Lopez 2017). Vidare beskrevs den positiva inställningen som att ta en dag i taget och njuta av livet. Det var viktigt att inte tänka på alla måsten och krav som egenvård medförde och istället vara tacksam för det livet gav (Nordfonn, Morken & Lunde Hosebø 2020). Under sjukdomsprocessen upplevde vissa patienter att de såg på livet med nya perspektiv. En patient beskrev att hjärtsvikten medförde ett långsammare tempo i livet och gav möjlighet till vila och meningsfulla aktiviteter som promenader eller läsa en bok. Det gjorde också att motivation till egenvården ökade eftersom det skapade mer tid till att ta hand om sig själv och sin sjukdom (Li, Chang & Shun 2019).

En tung börda

Patienterna kunde uppleva egenvård som utmattande och en tung börda (Nordfonn, Morken & Lunde Husebø 2020; Turrise, Hadley, Phillips-Kuhn, Lutz & Heo 2023; Gowani, Gul, Dhakam & Kurji 2017). Egenvård gav en känsla av att ständigt behöva övervaka sin kropp och vara vaksam på symtom. Det var en påfrestning som gjorde det svårt att slappna av (Turrise et al. 2023). Fortsättningsvis krävde egenvård mycket av patienterna, som livsstilsförändringar, ha ansvar över medicinering, känna igen symtom och andra egenvårdsråd. Det upplevdes av patienterna som komplext men också

betungande och detta medförde trötthet hos patienterna (Abotalebidariasari, Memarian, Vanaki, Kazemenejad & Naderi 2016).

Hopplöshet kring framtiden var en känsla som kunde uppstå vid hjärtsvikt (Chew, Sim, Cao & Chair 2019). Hopplösheten handlade om att framtiden upplevdes vara förutbestämd, vilket gjorde att patienter med hjärtsvikt ville njuta av livet istället för att utföra egenvård. En patient beskrev det som att döden skulle inträffa oavsett egenvård eller inte. Vissa patienter kände en hjälplöshet kring egenvård när de följde rekommendationer men ändå inte blev förbättrade i sin sjukdom, vilket kunde medföra att patienterna tappade motivationen (Chew et al. 2019). Patienterna beskrev att kraven på egenvård var höga som också gav en känsla av tung börda (Turrise et al. 2023).

Rädsla som drivkraft eller hinder

Flera patienter uppgav att hjärtsvikt kunde ge en rädsla för döden. Rädslan kunde ha en positiv inverkan på egenvård genom att patienterna hade större motivation till att följa behandlingsrekommendationer (Gowani et al. 2017; Abotalebidariasari et al. 2016). Några patienter beskrev att kärleken till livet övervann rädslan och därför följde flera egenvårdsråden strikt och tillägnade stor uppmärksamhet till det (Abotalebidariasari et al. 2016). Däremot kunde rädslan medföra att patienter undvek egenvård eftersom det påminde dem om sjukdomen (Li, Chang & Shun 2019). Vidare beskrev patienter med hjärtsvikt att när sjukdomen blev försämrad och symtomen mer synliga uppkom en rädsla över att förlora sin familjeroll. Det gjorde att patienter utförde egenvård för att minska oro och se frisk ut inför sin familj. Detta fungerade som en motivation för flera patienter att utföra egenvård (Chew et al. 2019).

Acceptans eller förnekelse

Att finna acceptans vid hjärtsvikt var något som flera patienter försökte nå i sin process för att hantera sjukdomssituationen (Nordfonn, Morken & Lunde Husebø 2020; Li, Chang & Shun 2019; Chew & Lopez 2017). Genom acceptans kunde patienterna hitta motivation till att utföra egenvård. Det innebar att hitta meningsfullhet i livet genom att söka i sig själva efter något att se fram emot, som kunde motivera till egenvård. Att börja acceptera ovissheten gällande hjärtsvikt var också viktigt. Det innebar att inte ha för mycket tankar om framtiden utan att leva mer i nuet (Chew & Lopez 2017). Flera patienter beskrev att genom acceptans av hjärtsvikt kunde de få en ny förståelse av hur livet skulle bli och utforma mål som passade ihop med egenvården (Nordfonn, Morken & Lunde Husebø 2020). Patienterna upplevde att det kunde vara utmanande att acceptera hjärtsvikten eftersom kroppen inte skulle bli som den var innan sjukdomen. En patient beskrev det som att acceptera sitt tillstånd och bli överens med sjukdomen, vilket var en drivkraft till att utföra egenvård. Flera patienter uppgav att de övergav sig till det oundvikliga och upplevde att de inte hade något annat val än att acceptera sin sjukdom (Li, Chang & Shun 2019).

Att förneka hjärtsvikt och medföljande egenvård var också ett sätt för patienter med hjärtsvikt att hantera sin situation på. Detta gjordes i perioder för att skydda sig själv och klara av vardagen (Nordfonn, Morken & Lunde Husebø 2020; Li, Chang & Shun 2019). Förnekelse beskrevs som att inte gå runt och tänka på sjukdomen konstant

eftersom det var för betungande. Att förneka sin sjukdom gjordes både medvetet och omedvetet och kunde ge patienterna kraften att orka med sjukdomen och egenvården (Nordfonn, Morken & Lunde Husebø 2020).

En känsla av kontroll

För att bevara en känsla av kontroll uppgav flera patienter att de ville återfå sin fysiska kropp vilket gjorde att de utförde egenvård (Karim- Dehkordi & Clark 2020; Li, Chang & Shun 2019; Chew & Lopez 2017; Abotalebidiari et al. 2016). Att vara delaktig i beslut kring egenvård gav en känsla av kontroll över sin kropp, vilket hjälpte till att bevara autonomin. En stark motivation till att utföra egenvård var att återfå sina fysiska förmågor och sin identitet. Många patienter hade svårt att acceptera den nya kroppen och kämpade hårt med egenvård för att återfå sin normala kropp (Karim- Dehkordi & Clark 2020).

Patienter med hjärtsvikt uppgav en önskan om att leva ett normalt liv utifrån sjukdomens förutsättningar. För att uppnå detta använde patienter egenvård som passade in i deras vardag, som till exempel att cykla på motionscykel istället för ute i terräng. Detta ökade känslan av kontroll och stärkte autonomin (Chew & Lopez 2017). Vidare kunde känslan av kontroll stärkas genom att fortsätta med sitt arbete som också var kopplat till att bevara identitet och samtidigt få en känsla av att vara självständig (Li, Chang & Shun 2019; Chew & Lopez 2017). Patienterna var motiverade till att utföra egenvård för att inte bli beroende av andra utan fortsätta vara självständiga och ha kontroll över egenvården (Abotalebidiari et al. 2016).

Stöd och kunskap

För patienter med hjärtsvikt var det viktigt att få stöd i och ha kunskaper om egenvård för att kunna utföra egenvård. Stödjande relationer innefattade både sjukvårdspersonal och anhöriga. Information om sjukdomen var en hjälpsam faktor i egenvård men utgjorde ett hinder när det fanns brist på kunskap.

Stödjande relationer

Anhörigas stöd till patienter med hjärtsvikt var en bärande faktor för att utföra egenvård (Nordfonn, Morken & Lunde Husebø 2020; Li, Chang & Shun 2019; Gowani et al. 2017; Turrise et al. 2023; Karim- Dehkordi & Clark 2020). Egenvård vid hjärtsvikt upplevdes som en utmaning eftersom det var mycket att ta hänsyn till och därför var stödet från anhöriga viktigt för att orka utföra egenvård (Gowani et al. 2017). Anhöriga fanns också som stöd för att uppmuntra till egenvård, som till exempel att sluta röka och ta mediciner. Stödet användes av patienter som en källa till styrka för att ha kraft att utföra egenvård i det dagliga livet (Turrise et al. 2023).

Patienter med hjärtsvikt uppgav att relationer med hälso-och sjukvårdspersonal, som sjuksköterskor och läkare var en viktig och primär källa till att upprätthålla egenvård (Nordfonn, Morken & Lunde Husebø 2020; Li, Chang & Shun 2019; Karim- Dehkordi & Clark 2020). Relationer till sjuksköterskor på hjärtsviktsmottagningar beskrevs som ett värdefullt stöd eftersom patienter kunde diskutera och dela ansvaret tillsammans med sjuksköterskan. Detta medförde att patienter kände sig trygga i att utföra egenvård i

hemmet, vilket ökade motivationen (Nordfonn, Morken & Lunde Husebø 2020). Ytterligare beskrevs förtroendet för vården vara en viktig faktor för att utföra egenvård. Förtroende innebar att patienterna var delaktiga i beslut, blev informerade, förstådda och omhändertagna, som ökade motivationen hos patienter att följa egenvårdsråden (Karim- Dehkordi & Clark 2020). Däremot upplevde vissa patienter att vården inte hade tid för att skapa en god relation och därför ville patienterna inte ställa för många frågor och vara krävande. Trots detta var vården ett viktigt stöd i egenvård (Li, Chang & Shun 2019).

Information

Information om hjärtsvikt och behandling av sjukdomen gav en positiv och motiverande inställning till att utföra egenvård. Flera patienter förklarade att information relaterat till hjärtsvikt kunde minska ångest men även stärka självförtroende och känslan av prestation i egenvård (Li, Chang & Shun 2019). Däremot upplevde flera patienter kunskapsbrist kring egenvård trots att de fått information. Patienter upplevde både brister i att tolka symtom och när rätt egenvård skulle användas (Heo et al. 2021). Det var även flera patienter som uppgav att de inte kom ihåg all information som vårdaren informerat. Den bristande kunskapen berodde bland annat på att hälso- och sjukvårdsvårdpersonal inte gav detaljerad information. Patienterna önskade därför att kunskap var en större del av egenvård för att utöka sin kunskap och kunna ställa frågor. De nuvarande egenvårdsråden var även generaliserande och inte anpassade efter varje individ, därför var det svårt att ta till sig information som hälso- och sjukvårdspersonal gav (Heo et.al 2021). Fortsättningsvis upplevde flertalet patienter utmaningar med hälso- och sjukvårdsvårdpersonal på grund av dålig kommunikation, misstro och bristande kunskap hos vårdaren. Utifrån patientens perspektiv beskrevs hälso- och sjukvårdspersonal som likgiltiga och oengagerade i patientens vård. Sjuksköterskor, läkare och mottagningar fanns inte som stöd och gav heller ingen individanpassad vård (Gowani et al. 2017).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som använts är en litteraturoversikt enligt Friberg (2022, s. 169) med syfte att belysa patientens upplevelse av egenvård vid hjärtsvikt. Metoden är lämplig med avseende för examensarbetets tidsram samt att den ger en stor mängd kunskap eftersom flera individers perspektiv framkommer. Eftersom det är tidigare forskning som sammanställts ger det inga nya fakta, vilket kan vara en begränsning med en litteraturoversikt. För att få fram nya fakta och ett mer konkret svar på syftet hade en empirisk undersökning kunnat utföras, dock kräver det mer tid vilket inte var möjligt i kursen. Vidare beskriver Friberg (2022, ss. 169–170) att när flera studiers resultat analyseras och sammanställs, skapas ett större kunskapsvärde som kan vara en vägledning för praktiskt tillvägagångssätt i omvårdnadssituationer. Utifrån resonemangen ses det som fördelaktigt att använda en litteraturoversikt som metod.

I urvalet ingick endast kvalitativa studier eftersom syftet var att belysa patienters upplevelse. Kvantitativa studier hade kunnat inkluderas för att ge ett mer nyanserat

resultat men på grund av syftet exkluderades de. Kvalitativ metod syftar till att förstå ett fenomen som har med patienternas förväntningar, upplevelser eller erfarenheter att göra (Friberg 2022, s. 169). Medan kvantitativ metod handlar om att göra mätningar och jämförelser om till exempel ett läkemedel fungerar eller inte (Segesten 2022, s. 158). Utifrån detta valdes enbart kvalitativa studier att inkluderas.

Under datainsamlingen visade det sig att kvalitativa studier med patientens perspektiv inte var tillräckligt beforskat. Detta gjorde att inklusionskriterierna fick breddas och en ny sökning utfördes. Därav inkluderas både akut och kronisk hjärtsvikt, alla åldrar och kön. Detta gjorde datainsamlingen bredare som gav en stor mängd träffar eftersom både patienters, anhörigas och sjuksköterskans perspektiv framkom i sökningen. Efter detta moment utfördes en sortering bland artiklarna och de som innehöll anhörigas eller sjuksköterskans perspektiv exkluderades. Priebe och Landström (2021, s. 48) beskriver att förförståelse handlar om en medvetenhet människor har vilket innebär en vetskap och kunskap som redan finns innan en studie påbörjats. Förförståelse kan ha inflytande över studien och därför krävs det reflektion över det (Priebe & Landström 2021, s. 48). Innan studien påbörjades fanns förutfattade meningar om patienternas upplevelse av egenvård. För att undvika att detta influerade för mycket på datainsamlingen, har författarna försökt att träda ur sin förförståelse och tillåtits bli överraskade av oväntade upplevelser av patienter. Med detta som grund anses pålitligheten vara god.

Litteratursökningen gjordes globalt och gav träffar över hela världen, vilket resulterade i studier från sex olika länder som; USA, Norge, Pakistan, Iran, Singapore och Taiwan. Det är studier från både utvecklingsländer och industriländer vilket breddar perspektivet. Att poängtera var att ingen studie var gjord i Sverige, det anses däremot inte som en nackdel eftersom det inte uppkommit skillnader i upplevelser beroende på ursprung. Patienterna som deltagit i studierna hade även olika åldrar, kön och NYHA-grad men även där har ingen skillnad uppkommit i upplevelsen av egenvård utan det verkar mer bero på vad patienterna har för egenskaper. Mårtensson och Fridlund (2021, s. 433) förklarar begreppet överförbarhet som innebär i vilken grad ett arbete kan överföras till andra grupper. Resultatet visar att patienternas upplevelser av egenvård inte påverkas av ursprung, ålder, kön eller NYHA-grad vilket stärker resultatets överförbarhet.

Dataanalysen gjordes med hjälp av Fribergs analysmodell (2022, ss. 176–180) som bestod av fem steg och var vägledande i analysprocessen. Modellens syfte är att bryta ner studiernas resultat för att identifiera bärande delar som har betydelse för syftet (Friberg 2022, s.176). Modellen hjälpte författarna att fördjupa sig i studierna för att få en ökad förståelse för vad de handlar om. Att sammanställa nya teman var en utmaning på grund av att en stor mängd data svarade på syftet från de valda studierna. Det gjorde att det blev svårt att urskilja olika teman och underteman från varandra. Flera delar hade likheter och det gjorde det svårare att identifiera tydliga teman och underteman. För att stärka kvaliteten har båda författarna läst alla studier separat och efteråt diskuterat tillsammans för att säkerställa likvärdig uppfattning. Genom att utgå från Fribergs analysmodell (2022, ss. 176–180) kan trovärdigheten ha stärkts eftersom båda författarna är väl inlästa på alla studier. Däremot upplevs verkligheten olika på grund av subjektiva tolkningar och därför hade andra kunnat tolka studiernas resultat på ett annat sätt. Därför kan det vara bra att någon utomstående också läser studien (Mårtensson & Fridlund 2021, s. 432). Trovärdigheten upplevs i slutändan vara hög eftersom

författarna gjort en grundläggande analys samt att en utomstående läst abstract på alla valda studier och kom fram till liknande nyckelfynd.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att motivation var en övergripande del för alla teman. För att utföra egenvård krävdes motivation och det skapades på flera olika sätt. Till exempel genom att patienten hade en positiv inställning till livet eller fick stöd från vården och anhöriga. Kunskap var också en bärande del i att hitta motivation till att utföra egenvård. För att få information krävdes relationer med vårdare som var förtroendefulla där patienterna kände sig trygga och sedda. Dock upplevde flera patienter att hälso- och sjukvårdspersonal gav generaliserande information om egenvård och inte gav det stöd patienter ville ha. Det fanns även en kunskapsbrist hos flera patienter som upplevde att de inte förstod eller hade svårt att ta in det hälso- och sjukvårdspersonal informerade om, vilket påverkade deras motivation till egenvård.

Personcentrerad vård

Ett av huvudfynden i resultatet var att flera patienter upplevde att relationen med hälso- och sjukvårdspersonal var värdefull och viktig för att hitta motivation till att utföra egenvård. Att få information genom denna relation var stärkande för patienter med hjärtsvikt och kunde ge ökat självförtroende. Däremot upplevde många patienter att hälso- och sjukvårdspersonal var generaliserande när de informerade om egenvård. Patienterna upplevde att vårdare inte hade tid för att skapa en trygg relation där det fanns utrymme att ställa alla sina frågor, vilket gjorde att patienterna höll tillbaka för att inte vara krävande.

Östman et al. (2020) förklarar att utifrån sjuksköterskors perspektiv krävs det tid för att kunna skapa en relation med patienterna och att det är viktigt att få tid att kommunicera med patienten, så att korrekta bedömningar kan utföras. Ekebergh (2016, ss. 122–127) beskriver att en relation mellan patient och sjuksköterska kan formas genom ett vårdande möte, som innebär att sjuksköterskor behöver vara följsamma och lyhörda inför vad patienten har att berätta. Genom vårdande möten kan hälso- och sjukvårdspersonal ge möjlighet för patienten att vara delaktig i sin egenvård vilket kan stärka personcentrerad vård. Herber, Bücker, Metzendorf och Barosso (2017) förklarar att patienter med hjärtsvikt upplevde att ett nära samarbete med hälso- och sjukvårdspersonal, där det fanns tillit medförde stärkt delaktighet i egenvård. Det var viktigt för patienterna att vara en del av sin egenvård eftersom det ökade motivationen att lyssna och följa de egenvårdsråd som informerades om. Däremot upplevde flera patienter att hälso- och sjukvårdspersonal saknade kunskap inom egenvård och inte gav något stöd (Herber et al. 2017).

Resultatet visar att flera patienter med hjärtsvikt hade störst fokus på att må bra och njuta av livet snarare än att följa egenvårdsråden (Li, Chang & Shun 2019; Nordfonn, Morken & Lunde Hosebø 2020). I en annan studie framkommer det att patienter utgick från hur de mätte psykiskt snarare än vad deras symtom och prognoser sa, medan hälso- och sjukvårdspersonal utgick från kliniska indikationer som NYHA-grad och blodtryck. Det innebar olika tolkningar av hälsan mellan patient och hälso- och

sjukvårdspersonal (Harkness, Spaling, Currie, Strachan & Clark 2015). Hälsa och lidande hänger ihop med varandra vilket betyder att trots sjukdom kan hälsa upplevas. Vissa människor ser till exempel på åldrandet som ett outhärdligt lidande medan andra ser på det som en del av livet (Arman 2016, ss. 38–39). I resultatet framkommer att en del patienter hade förmågan att se på hjärtsvikten som en del av livet och åldrandet. De ödslade inte tid på att lida över det i form av klagomål utan försökte njuta för varje dag de fick leva. Detta betyder således att hälso- och sjukvårdspersonal behöver lära känna sina patienter och ge tid för en relation att formas. Hälso- och sjukvårdspersonal kan ha förmågan att utgå från tydliga kliniska indikationer som är uppenbart att behandla på ett visst sätt, medan patienten kanske vill ha det på ett helt annat sätt. Detta har likheter med Levy och Cartwrights (2014) studie som beskriver hur patienter med avancerad prostatacancer lyckades behålla välbefinnande trots en möjlig dödlig diagnos. Flera av dessa patienter valde att leva i nuet. Det handlade om att uppskatta familj, fritidssysslor och annat som var viktigt i livet och våga släppa sjukdomslidandet (Levy & Cartwright 2014). Detta kan förstås som att oavsett hur allvarlig en diagnos är eller inte, verkar det snarare bero på vilka egenskaper patienten har. Genom att arbeta med personcentrerad vård kan hälso- och sjukvårdspersonal nå den unika människans behov, förutsättningar och förmågor och informera om vård som passar den unika patienten.

Betydelsen av kunskap

Ett annat huvudfynd i resultatet var att patienterna med hjärtsvikt upplevde kunskapsbrist kring egenvård. Kunskapsbristen medförde känslor som osäkerhet och att tappa kontrollen över sig själv. Flera patienter upplevde brister i att tolka symtom och när rätt egenvård skulle tillämpas, trots att de blivit informerade av hälso- och sjukvårdspersonal.

Resultatet visar att ha kunskap och information om sin sjukdom kunde ge minskad ångest och en känsla av prestation i egenvård. Kunskap verkade som en motivation till att utföra egenvård. Däremot upplevde flera patienter att det fanns brist på kunskap kring egenvård. I likhet med en studie gjort av Gheiasi (et al. 2023) framkommer det att bristande kunskap hos patienter med hjärtsvikt, visade sig ha stor påverkan på om patienter hade följsamhet till egenvård eller inte. Det handlade om brister kring vilken mat patienterna fick äta men även bristande kunskap om läkemedel. Flera patienter upplevde att hälso- och sjukvårdspersonal inte hade informerat tillräckligt noga om varför till exempel för mycket salt kunde vara farligt för patienter med hjärtsvikt (Gheiasi et al. 2023). Andra patienter hade kunskap om egenvård men valde att inte använda den på grund av ekonomiska och sociala problem. Vissa patienter med hjärtsvikt hade inte råd att köpa den mat som hälso- och sjukvårdspersonal rekommenderat. Andra hade inget socialt stöd som anhöriga och hade därför svårt att utföra egenvård. Det fanns också patienter som hade fysiska begränsningar orsakade av hjärtsvikt, samsjuklighet eller åldersrelaterade begränsningar. Detta medförde att patienterna inte kunde följa den information som hälso- och sjukvårdspersonal gav (Gheiasi et al. 2023). En äldre studie visar att flera patienter uppgav att minnet kunde försämrans i samband med hjärtsvikt, vilket försvårade att komma ihåg alla livsstilsråd och egenvårdsråd som hälso- och sjukvårdspersonal gett (Pattenden, Roberts & Lewin 2007).

Vårdande samtal kan vara lärande, vilket innebär att både sjuksköterskan och patienten kan lära sig nya saker. Under samtal mellan patient och sjuksköterska kan det uppkomma erfarenheter från patientens liv som sjuksköterskan kan lära sig om. Likaså kan sjuksköterskan hjälpa patienten att lära sig om sitt liv och ohälsa. När människor drabbas av sjukdom kan livet förändras och utmana patienten som behöver få kunskaper att hantera sjukdomen och livssituationen (Ekebergh & Dahlberg 2016, s.141). Hälso- och sjukvårdspersonal behöver anpassa informationen som ges till patienten och använda vårdande samtal som lärande samtal. Att ha kunskap som patient kan vara stärkande när det finns förutsättningar att utföra egenvård i det dagliga livet.

Hållbar utveckling

Globala målen beskriver de olika målen för agenda 2030. Mål tre innebär att alla människor ska uppnå god hälsa och välbefinnande. Det handlar om att människor ska kunna bidra till samhället och uppnå sin fulla potential (Globala målen 2017). Hjärtsvikt kan påverka människors vardag genom symtom som andfåddhet och trötthet vilket kan medföra att de inte kan arbeta heltid till exempel. Det kan också innebära att den fulla potentialen sänks till en lägre nivå. Om sjuksköterskor har kunskap kring hur patienten upplever sin egenvård kan patienten få hjälp och stöd till ökad hälsa och välbefinnande. På sikt kan detta innebära att patienter med hjärtsvikt mår bättre och kan bli mer självständiga i sin sjukdom och behandling.

Mål fyra innebär god utbildning. Patienter skall ha rätt till utbildning i sin sjukdom, som gör att de är delaktiga i sin egenvård. Har patienten utbildning kring sin sjukdom kan de vara med att utveckla och påverka vården, vilket i sin tur kan förbättra kunskapen om sjukdomen både för vårdpersonal och patienter (Globala målen 2017).

Mål åtta handlar om anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt. Det innebär att arbetstagares rättighet måste skyddas (Globala målen 2017). Hjärtsvikt är förknippat med höga sjukvårdskostnader och sätter höga krav på vårdpersonal. En stor del av dagens vårdpersonal jobbar under hög stress och med komplexa sjukdomar som hjärtsvikt. Om patienter skulle få en individuell egenvårdanpassning skulle det innebära ökad självständighet och minskade återinläggningar på sjukhus, vilket besparar sjukvårdspersonal (Currie et al. 2014).

SLUTSATS

De viktigaste slutsatserna som framkommit ur denna litteraturstudie är att patienter med hjärtsvikt upplever egenvård på väldigt olika sätt. Det beror sällan på graden av diagnos eller vilka symtom som finns utan mer på vilka egenskaper patienterna har. Vissa var positiva och såg sjukdomen som en möjlighet att varva ner och njuta av livet och utförde egenvård i vissa fall. Andra hade svårare att släppa taget om sin kropp före sjukdom och utförde därför egenvård strikt. En annan viktig slutsats är att sjuksköterskan behöver utföra personcentrerad vård. Eftersom alla patienter har olika upplevelser behöver även vårdandet vara individanpassat och inte generaliserande. Om sjuksköterskan satsar tid på patienter från början och ger information som passar patienten kan återinläggningar och missförstånd undvikas.

Förbättringsförslag:

- Att ökad kunskap om egenvård ska ingå i patientutbildningen.
- Kunskapsutbyte mellan hälso- och sjukvårdspersonal genom utbildning och föreläsningar om betydelsen av egenvård för patienter med hjärtsvikt.
- Anpassa mängden information och ge den vid utspridda tillfällen
- Genomföra vårdande samtal eller erbjuda kontakt med kurator för de känslomässiga utmaningar som uppstår.

REFERENSER

Abotalebidiariasari, G., Memarian, R., Vanaki, Z., Kezemnejad, A. & Naderi, N. (2016). Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory. *Research & Theory for Nursing Practice*. 30(4). ss. 20–332.

DOI:10.1891/1541-6577.30.4.320

Arman, M. (2016) Lidande och lindrat lidande. (red.) I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber AB. ss. 38-61.

Chew, H. S. J. & Lopez, V. (2018). Empowered to Self-Care: A Photovoice Study in Patients With Heart Failure. *Journal of Transcultural Nursing*. 29(5). ss. 410–419.

DOI:10.1177/1043659617745138

Chew, H. S. J., Sim, K. L. D., Cao, X. & Chair, S. Y. (2019). Motivation, Challenges and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: a Theory-Driven Qualitative Study.

International Journal of Behavioral Medicine. 26(5). ss. 474–485.

DOI:10.1007/s12529-019-09798-z

Ekebergh, M. (2016) Vårdande möte. (red.) I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber AB. ss.122-128.

Ekebergh, M. & Dahlberg, K. (2016) Vårdande och lärande samtal. (red.) I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber AB. ss.129-145.

Friberg, F. (2022). Tankeprocessen under examensarbetet. *Dags för uppsats*.

Studentlitteratur: Lund. ss. 41-56.

Friberg, F. (2022). Att göra en integrerande sammanställning. *Dags för uppsats*.

Studentlitteratur: Lund. ss. 169-183.

Friberg, F. (2022). Granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier.

Dags för uppsats. Studentlitteratur: Lund. ss. 239.

Gheiasi, S. F., Cheraghi, M. A., Dastjerdi, M., Navid, H., Khoshavi, M., Peyrovi, H., Khachian, A., Seylani, K., Esmaceli, M. & Navab, E. (2023). Experiences of Facilitators and Inhibitors to Treatment Adherence in Patients with Heart Failure. *Clinical Nursing Research*. 32 (3). ss. 648–659. DOI: 1177/10547738221147402

Globala målen (2017). *Vad betyder hållbar utveckling*.

<https://www.globalamalen.se/fragor-och-svar/vad-betyder-hallbar-utveckling/>

Gowani, A., Gul, R., Dhakam, S. & Kurji, N. (2017). Living with heart failure: Karachi exploratory study. *British Journal of Cardiac Nursing*. 12(12). ss. 586–592.

DOI:10.12968/bjca.2017.12.12.586.

Herber, O. R., Bücken, B., Metzendorf, M-I. & Barroso, J. (2017). A qualitative meta-summary using Sandelowski and Barroso's method for integrating qualitative research to explore barriers and facilitators to self-care in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 16 (8). ss. 662-977. DOI: 10.1177/1474515117711007

Harkness, K., Spaling, M. A., Currie, K., Strachan, P. H. & Clark, A. M. (2015). A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *Journal of cardiovascular nursing*. 30 (2). ss. 121-135. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000118

Karimi-Dehkordi, M. & Clark, A. M. (2020). Views of Patients With Heart Failure on Their Value-Based Self-care Decisions: A Qualitative Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 35(6). ss. E89–E98. DOI:10.1097/JCN.0000000000000733

Kjellström, S. (2021). Forskningsetik. I Henricson, M (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: studentlitteratur. ss: 57-77.

Levy, A. & Cartwright, T. (2015). Men's strategies for preserving emotional well-being in advanced prostate cancer: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & health*. 30 (10). ss. 1164-1182. DOI: 10.1080/08870446.2015.1040016

Li, C., Chang, S. & Shun, S. (2019). The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*. 28(3/4). ss. 509–519. DOI:10.1111/jocn.14640

Mlynarska, A., Golba, K. & Mlynarska, R. (2018). Capability for self-care of patients with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*. 8 (13). ss. 1919-1927. DOI: 10.2147/CIA.S178393

Mårtensson, J. & Fridlund, B (2021). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricson, M (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: studentlitteratur. ss: 421-438.

Nicholson, C. (2014). Chronic heart failure: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Nursing Older People*. 26(7). ss. 29-38. DOI: 10.7748/nop.26.7.29.e584

Nordfonn, O. K., Morken, I. M., Bru, L. E. & Lunde Husebø, A. M. (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). ss. 1782-1793. DOI: 10.1111/jocn.14799

Nordfonn, O. K., Morken, I. M. & Lunde Husebø, A. M. (2020). A qualitative study of living with the burden from heart failure treatment: Exploring the patient capacity for self-care. *Nursing Open*. 7(3). ss. 804–813. DOI:10.1002/nop2.455

Nordgren, L., Asp, M. & Fagerberg, I. (2007). Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-age person. *Qualitative Health research*. 17 (1). ss. 4-13. DOI: 10.1177/1049732306296387

Pattenden, J. F. Roberts, H. & Lewin, R. J. (2007). Living with heart failure; patient and carer perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 6 (4). ss. 273-279. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2007.10.097

Priebe, G, & Landström, C. (2021). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar–grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: studentlitteratur. ss: 25-42.

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Falk, V., González-Juanatey, J. R., Harjola, V-P., Jankowska, E. A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, J. T., Pieske, B., Riley, J. P., Rosano, G. M. C., Ruilope, L. M., Ruschitzka, F., Rutten, F. H. & van der Meer, P. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*. 37 (27). ss. 2129-2200. DOI:10.1093/eurheart/ehw128

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018.) Forskningsetik. *Etikboken - etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur: Lund. ss. 371-398.

Segesten, K. (2022). Att göra en graderade sammanställning av kvantitativ forskning - inspirerad av metaanalys. (red.) I Friberg, F. *Dags för uppsats*. Studentlitteratur: Lund. ss.157-167.

Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Kim, J., Turrise, S., Troyan, P. J., Kang, J. & Jones, H. J. (2021). Self-care strategies and interventions needed in patients with heart failure: from patient perspectives--a qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 20(6). ss.540–546. DOI:10.1093/eurjcn/zvaa033

Turrise, S., Hadley, N., Phillips-Kuhn, D., Lutz, B & Heo, S. (2023). A snapshot of patient experience of illness control after a hospital readmission in adults with chronic heart failure. *BMC Nursing*. 22(1). ss. 1–11. DOI:10.1186/s12912-023-01231-x

World Health Organization. (u.å). *Self-care interventions for health*. https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1

Zambroski, C. H., Moser, D. K., Bhat, G. & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 4 (3). ss. 198-206. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2005.03.010

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. *Dags för uppsats*. (red.) I Friberg, F. Studentlitteratur: Lund. ss.79-109.

Östman, M., Bäck-Pettersson, S., Sundler, A. J. & Sandvik, A-H. (2020). Nurses experiences of continuity of care for patients with heart failure: A thematic analysis. Journal of Clinical Nursing. 30 (1-2). ss. 276-286. DOI: 10.1111/jocn.15547

Bilaga 1

Artikel	Syfte	Metod	Urval	Datainsamling och dataanalys	Etiska överväganden	Resultat
<p>Författare: Nordfonn O.K., Morken, I. M. & Lunde Hosebø, A. M.</p> <p>Årtal: 2020</p> <p>Titel: A qualitative study of living with the burden from heart failure treatment: Exploring the patient capacity for self-care</p> <p>Tidskrift: Nursing open</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Syfte: Syftet är att utforska patienter med hjärtsvikt hur det uppfattar sin förmåga att hantera behandling och egenvård.</p>	<p>Metod: Är en beskrivande, kvalitativ deskriptiv studie.</p>	<p>Urval: 17 deltagare varav 11 var män och sex kvinnor. Ålder: 46-74 år.</p>	<p>Datainsamling: Datan samlades in genom inspelade individuella semistrukturerade intervjuer som varade mellan 30-90 minuter med en medeltid på 55 minuter. Deltagarna rekryterade genom en klinik och sammanlagt var det 17 deltagare och alla har lämnat skriftligt samtycke.</p> <p>Dataanalys: Ljudinspelningar transkriberades ordagrant. NVivo 12 användes för att göra ett systematiskt</p>	<p>Etiska överväganden: Etiska tillstånd inhämtad från Regionala nämnden för medicinsk och hälso forskningsetik. Muntlig och skriftlig information om syftet med studien fick deltagarna. Anonymitet och konfidentialitet säkrades genom intervju nummer.</p>	<p>Resultat: Tre huvudteman identifierades: personliga egenskaper, copingstrategier, emotionell och informativt stöd.</p>

				tillvägagångssätt för analys. STC användes för en systematiskt textkondensering.		
<p>Författare: Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Kim, J., Turrise, S., Troyan, P. J., Kang, J. & Jones, H. J</p> <p>Årtal: 2021</p> <p>Titel: Self-care strategies and interventions needed in patients with heart failure: from patient perspectives - a qualitative study</p> <p>Tidskrift: European Journal Of Cardiovascular Nursing.</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syfte: Att utforska patienters uppfattning om egenvårdsstrategier för individuella symtom, förbättring av hjärtsvikt symtom och insatser som behövs för att förbättra symtomen.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie med longitudinell inriktning. 20 patienter deltog från en poliklinik eller universitetssjukhus i södra USA.</p>	<p>Urval: 20 patienter deltog i studien.</p>	<p>Datainsamling: Prov karakteristika samlades in med hjälp av sociodemografiska och kliniska frågeformulär. Intervjuer genomfördes 2011 och 2012 hemma hos varje patient.</p> <p>Dataanalys: Alla intervjuer transkriberades ordagrant. Första författaren jämförde alla transkriberade intervjuer med ljudfilerna och korregerade eventuella avvikelser mellan dem. Sedan skapades teman och underteman genom kodning.</p>	<p>Etiskt övervägande: Etiskt godkännande från institutionella granskningsnämnden. Skriftligt samtycke erhöles från alla patienter innan datainsamlingen påbörjades.</p>	<p>Resultat: Studiens resultat visade att patienter med hjärtsvikt har många egenvårdsstrategier men att det fanns bristande kunskap om symtom och om de kunde förbättras.</p>
<p>Författare: Li, C.,</p>	<p>Syfte: Syftet att</p>	<p>Metod: Studien</p>	<p>Urval: 27</p>	<p>Datainsamling:</p>	<p>Etiska övervägande</p>	<p>Resultat: Tre teman</p>

<p>Chang, S. & Shun, S.</p> <p>Årtal: 2018</p> <p>Titel: The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study.</p> <p>Tidskrift: Journal of clinical nursing</p> <p>Land: Taiwan</p>	<p>förstå egenvårdens processen bland patienter med kronisk hjärtsvikt.</p>	<p>använda en kvalitativ design och kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>deltagare. Åldrar mellan 34-79.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor användes för att samla in data. Intervjuerna spelades in på ljudband med alla deltagarnas samtycke. 27 patienter slutförde intervjuerna.</p> <p>Dataanalys: Det genomfördes en induktiv kvalitativ innehållsanalys. Intervjuerna transkriberades som var grunden för analysen.</p>	<p>e: Forskningsprotokollet godkändes av etikkommittén på patientens sjukhus (nr 201402011). Alla deltagare fick en detaljerad förklaring av studien. Samtyckesformulär undertecknades av deltagarna.</p>	<p>identifierade som att svara på kronisk hjärtsvikt egenvård, hitta sätt att leva med kroniska hjärtsvikt och omtolka kroniska hjärtsvikt och utföra meningsorienterad coping.</p>
<p>Författare: Gowani, A., Gul, R., Dhakam, S. & Kurji, N.</p> <p>Årtal: 2017</p> <p>Titel: Living with heart failure: Karachi exploratory study</p> <p>Tidskrift: British journal of cardiac nursing</p>	<p>Syfte: Syftet är att utforska erfarenheten av patienter som lever med hjärtsvikt i utvecklingsländer som Pakistan.</p>	<p>Metod: Med hjälp av det fenomenologiska tillvägagångssättet genomfördes djupintervjuer med åtta personer som lever med hjärtsvikt.</p>	<p>Urval: Åtta patienter var deltagare i studien.</p>	<p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer utfördes som spelades in och anteckningar under intervju gjordes. Varje intervju pågick mellan 40-50 minuter.</p> <p>Dataanalysen: Innehållet av intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av stegen från</p>	<p>Etiska övervägande: Etiskt godkännande för studien erhöles från institutionens etiska granskningskommitté (ERC) innan deltagarna rekryterades. Muntligt samtycke erhöles.</p>	<p>Resultat: Fyra teman identifierades som, begränsad i sjukdomen, rädsla, anpassning och sjukvårdens roll.</p>

Land: Pakistan		kt.		Morse och Niehsaus.		
<p>Författare: Turrise, S., Hadley, N., Phillips-Kuhn, D., Lutz, B & Heo, S.</p> <p>Årtal: 2023</p> <p>Titel: A snapshot of patient experience of illness control after a hospital readmission in adults with chronic heart failure</p> <p>Tidskrift: BMC Nursing</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syfte: Är att utforska erfarenheter av personer med hjärtsvikt när det gäller att hantera sjukdomen. Förstå deras uppfattning om sjukdomskontroll.</p>	<p>Metod: En kvalitativ metod där tillämpad tematisk analys användes.</p>	<p>Urval: Elva deltagare rekryterade men en fall bort så 10 deltagande i hela studien.</p>	<p>Datainsamlingen: Semistrukturerade intervjuer som varade mellan 25-75 minuter. Intervjuerna genomfördes i deltagarnas hem.</p> <p>Dataanalys: Datan analyserades på två sätt. Tre av forskarna granskade och kodade utskrifterna för att hitta likheter och skillnader mellan den insamlade datan. I steg två granskades kodningen och eventuella skillnader eller avvikelser diskuterades tills en enighet nåddes.</p>	<p>Etiska övervägande: Godkännanden från institutionella granskningsnämnden erhöles från rekryteringsplatsen och University of North Carolina Wilmington.</p>	<p>Resultat: Två teman identifierades, strategier för att kontrollera hjärtsvikt och hinder för att kontrollera hjärtsvikt och fyra underteman per tema</p>
<p>Författare: Abotalebidiariasari, G., Memarian, R., Vanaki, Z., Kezemnejad, A. & Naderi, N.</p>	<p>Syfte: Syftet är att undersöka egenvårdsmotivation bland patienter med hjärt-</p>	<p>Metod: En kvalitativ studie med intervjuer av patienter med hjärtsvikt i</p>	<p>Urval: 24 patienter var deltagare och tre familjemedlemmar</p>	<p>Datainsamlingen: Datan samlades in genom djupgående semistrukturerade intervjuer. Genomsnitt varade intervjuerna i 45 minuter.</p>	<p>Etiska övervägande: Etikkommittén och den institutionella granskningsnämnden vid Tarbiat Modares</p>	<p>Resultat: Det identifierades 11 primära koder som speglar motiv för egenvård bland patienter med hjärtsvikt. Resultatet visade att</p>

<p>Årtal: 2016</p> <p>Titel: Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory</p> <p>Tidskrift: Research and Theory for Nursing Practice</p> <p>Land: Iran</p>	svikt.	Iran.	r deltog också.	<p>Alla intervjuerna transkriberades och spelades in.</p> <p>Dataanalys: Det valdes ut först en underkategori "egenvårds motivation". Sen utvecklades ett ramverk för att tillhandahålla en operativ definition av begreppet. Nästa steg identifierade och kodades utdrag ur intervjuerna. Koderna sammanfattades i organiserad data och skapade kategorier.</p>	<p>universitet godkände denna studie. Informerat samtycke erhöles från samtliga deltagare.</p>	<p>patienter använde rädslan för döden som en motivation för att utföra egenvård.</p>
<p>Författare: Chew, H.S.J., Sim, K.L.D., Cao, X. & Chair, S.Y.</p> <p>Årtal: 2019</p> <p>Titel: Motivation, Challenges and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: a Theory-</p>	<p>Syfte: Syftet är att utforska deltagarnas utmaningar, motivation och personliga självregleringsstrategier för att förbättra egenvård</p>	<p>Metod: En beskrivande kvalitativ studie, som utgår från en teori som utgår från beteendekopplat till</p>	<p>Urval: 17 deltagare medverkade i studien.</p>	<p>Datainsamling: Data samlades in genom ostrukturerade intervjuer som utfördes ansikte mot ansikte.</p> <p>Dataanalys: Den insamlade datan analyserades med hjälp av en tematisk analys med konstant jämförelse.</p>	<p>Etiska övervägande: Etiskt godkännande erhöles från Survey and Behavioral Research Ethics Committee (SBRE) (Referensnummer: NTEC-2018-0265) (Hong</p>	<p>Resultat: Fem teman identifierades och 12 underteman. Motivation till att utföra egenvård var familjen och framtiden. Det var utmanande att hålla sig till alla livsstilsråd.</p>

<p>Driven Qualitativ Study</p> <p>Tidskrift: International Journal of Behavioral Medicine</p> <p>Land: Singapore</p>	<p>en vid hjärtsvikt.</p>	<p>tidsförlopp.</p>			<p>Kong) och SingHealth Centralized Institutional Review Board (CIRB).</p>	
<p>Författare: Karimi-Dehkordi, M. & Clark, A.M.</p> <p>Årtal: 2020</p> <p>Titel: Views of Patients With Heart Failure on Their Value-Based Self-care Decisions: A Qualitative Study</p> <p>Tidskrift: Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syfte: Syftet är att utforska hur deltagarna som har hjärtsvikt uppfattar sin värderingar och hur dessa värderingar påverkar egenvården.</p>	<p>Metod: En kvalitativ studie. En tolkning fenomenologiska analysmetoden.</p>	<p>Urval: 12 deltagare som var 60 år eller äldre.</p>	<p>Datainsamling: Datan samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna varade mellan 90 till 120 minuter. Under intervjuerna gjorde fältanteckningar och de spelades in för att sen transkriberad ordagrant.</p> <p>Dataanalys: Datan transkriberades. Forskarna läste den transkriberade datan flera gånger. Efter detta diskuterades analysen med forskarmedlemmar.</p>	<p>Etiska övervägande: Etikgodkännande för studien erhöles från världens forskningsetiska nämnd och följdes hela tiden. Informerat samtycke från samtliga deltagare.</p>	<p>Resultat: Två huvudteman identifierades: En direkt relation: hur värderingar är avgörande för beslut om egenvård och ett komplext förhållande: hjärtsvikts och egenvårds inverkan på prioritet till värderingar.</p>
<p>Författare: Chew, H.S.J</p>	<p>Syfte: Syftet</p>	<p>Metod: En</p>	<p>Urval: 22</p>	<p>Datainsamling: Data samlades</p>	<p>Etiska övervägande</p>	<p>Resultat: Fyra teman</p>

<p>& Lopez, V.</p> <p>Årtal: 2017</p> <p>Titel: Empowered to Self-Care: A Photovoice-study in patients with heart failure.</p> <p>Tidskrift: Journal of Transcultural Nursing</p> <p>Land: Singapore</p>	<p>med studien är att undersöka främjandet av egenvård hos patienter i Singapor e med HF, och belysa dess potential att motivera egenvård .</p>	<p>beskrivande kvalitativ metod med Photovoice användes för att utforska deltagarnas perspektiv.</p>	<p>patienter kontaktades men fyra avböjde så tillslut 16 deltagare i studien.</p>	<p>in genom intervjuer som utfördes ansikte mot ansikte. Intervjuerna spelades in för att sen transkriberas. Deltagarna fick även frivilligt ta bilder som avspeglar deras förmåga att utföra egenvården.</p> <p>Dataanalys: En tematisk analys genomfördes tillsammans med jämförelse med bilderna deltagarna tagit.</p>	<p>e: Etiskt godkännande erhöles från National Healthcare Group Domain Specific Review Board. Denna studie överensstämmer med principerna i Helsingfors deklARATION.</p>	<p>identifierades: acceptera livet, uppskatta livet, upprätthålla meningen med livet och etablera ett nytt normalt liv</p>
--	---	--	---	--	---	--