Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2026-01-22

Patienters erfarenheter av att leva med hjärtsviktssymtom och hantera egenvården

Allmänn literaturstudie med kvalitativ ansats

Patients experiences of living with heart failure and managing self-care

General literature study with a qualitative approach

Författare:	Burak Cecen Mile Djordjic
Handledare:	Lana Zelic, Adjunkt
Examinerande lärare:	Robert Ivic Moren, Högskolelektor

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hjärtsvikt är ett växande folkhälsoproblem i Sverige och globalt, som drabbar ca 2% av svenska befolkningen och 64 miljoner globalt. Hjärtsvikt leder till hög mortalitet och sjukvårdskostnader. Compliance för egenvården och förmågan att känna igen symtom är avgörande för god hälsa. Sjuksköterskan har ett avgörande uppdrag för att främja hälsa genom att utbilda, stödja och främja egenvården med ett etiskt förhållningssätt baserat i respekt för autonomi och personcentrerad vård.

Syfte: Syftet med studien var att belysa patienters erfarenheter med egenvården vid hjärtsvikt

Metod: I denna studie tillämpades en allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats. CINAHL och PubMed var två databaser där sökningarna utfördes. Resultatformuleringen inkluderade tio studier. Dessa studier analyserades med en tematisk analysmodell.

Resultat: I resultatet identifierades två teman och fem subteman. De två teman var "Svårigheter till följsamhet" och "Livsstilsförändringarnas utmaningar". De fem subteman var "Frustration relaterade till fysiska begränsningar och symtom", "Hopplöshet och skam hindrar egenvården", "Beteendeförändring som hinder för att hantera egenvården", "Upplevd skuld och skam" och "Behov av stöd".

Slutsats: Negativa upplevelser kring livsstilsförändringar och fysisk nedsättning försämrar compliance i egenvården. Personcentrerad vård, som individanpassad kostrådgivning och fysioterapi, kan öka compliance och förbättra hälsan. Fortsatt forskning behövs för att förbättra compliance hos personer med hjärtsvikt vilket kan stärka hälsan och minska lidande.

Nyckelord: Egenvård, Erfarenhet, Följsamhet, Hjärtsvikt, Livsstilsförändringar

ABSTRACT

Background: Heart failure is a growing public health problem in Sweden and globally, affecting about 2% of the Swedish population and 64 million globally. Heart failure leads to high mortality and healthcare costs. Self-care compliance and the ability to recognize symptoms are essential for good health. The nurse has a crucial role in promoting health by educating, supporting and promoting self-care with an ethical approach based in respect for autonomy and person-centred care.

Purpose: The purpose of the study was to highlight patients' experiences with self-care in heart failure

Method: In this study, a general literature review with a qualitative approach was applied. CINAHL and PubMed were two databases where the searches were performed. The outcome formulation included ten articles. These articles were analyzed using a thematic analysis model.

Results: In the result, two main themes and five sub-themes were identified. The two main themes were "Difficulties in compliance" and "The challenges of lifestyle changes". The five sub-themes were "Frustration related to physical limitations and symptoms", "Hopelessness and shame hinder self-care", "Behavioural change as an obstacle to managing self-care", "Perceived guilt and shame" and "Need for support".

Conclusion: Negative experiences of lifestyle changes and physical impairment reduces compliance in self-care. Person-centred care, such as personalized dietary counselling and physiotherapy, can increase compliance and improve health. Further research is needed to improve compliance in people with heart failure, which can improve health and reduce suffering.

Keywords: Compliance, Experience, Heart failure, Lifestyle Changes, Self-care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION 1
BAKGRUND 2
Hjärtsvikt som nationell och global hälsoutmaning 2
Akut och Kronisk hjärtsvikt 3
Behandling och egenvården vid hjärtsvikt 3
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar och kompetensområde 3
Hur Sjuksköterskan arbetar med egenvården 4
Bristande compliance kan medföra att hjärtsvikten förvärras 5
Bärande begrepp 5
Hälsa 5
Person 6
Problemformulering 6
SYFTE 7
METOD 8
Design 8
Urval 8
Datainsamling 9
Dataanalys 10
Etiska aspekter 13
RESULTAT 14
När kropp och känslor begränsar möjlighet till följsamhet 14
Att känna frustration relaterade till fysiska begränsningar 14
Att egenvården hindras av hopplöshet 15
Livsstilsförändringar som en påfrestande omställning i vardagen 15
Att beteendeförändringar hindrar egenvården 16
Att uppleva skuldkänslor 16
Att behöva stöd 16
DISKUSSION 17
Metoddiskussion 17
Resultatdiskussion 19
SLUTSATSER 21
REFERENSER 22
BILAGOR 25

BILAGA 1. Sökmatris Cinahl 25
BILAGA 2. Sökmatris PubMed 26
BILAGA 3. Granskningsmodell från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 27
BILAGA 4. Artikelmatris 29

INTRODUKTION

Som studenter på sjuksköterskeprogrammet har vi varit i kontakt med ett flertal personer med symtom och tecken på hjärtsvikt. Vid omhändertagande av dessa personer har vi lärt oss mycket om etiologin, patofysiologin, diagnostik, när det kommer till hjärtsvikt. Handläggningen av denna patientgrupp har varit intresseväckande, gällande hjärtat och cirkulationssystemets komplexitet. Det är lämpligt att ha en förståelse av hjärtsvikt för att utveckla omvårdnaden och kunna ge adekvat vård och minska det mänskliga lidandet. Att kunna stödja egenvården är en minst lika användbar del av omvårdnaden för att personen själv ska kunna minska symtombesvären och förbättra sin egenhälsa. Med hjärtsviktssymtom som ett ökande hälsoproblem, såväl nationellt som globalt, blir omhändertagande och omvårdnad av personer med hjärtsvikt, ett alltmer relevant ämne. Framtida sjuksköterskor måste vara beredda och besitta kunskap samt färdigheter för bemötande och vårdande av dessa personer, för att förbättra livskvalitén och minska vårdbelastningen för samhället.

BAKGRUND

Hjärtsvikt som nationell och global hälsoutmaning

Hjärtsvikt är ett sekundärt symtom av diverse underliggande sjukdomar som utgör en vital hälsoutmaning i Sverige, vilket drabbar cirka 40 000 debutanter varje år. Hjärtsvikt utgör höga kostnader på nationens sjukvårdsutgifter och kostnaderna för hjärtsvikt motsvarar ungefärligt 2-3 procent av landets totala utgifter inom sjukvården (Hjalmarsson, 2024). En ytterligare nationell hälsoutmaning enligt Hjalmarsson (2024) är den åldrande befolkningen. Med åldern ökar prevalensen för hjärtsvikt avsevärt och leder till ökad förekomst av samsjuklikhet och avsevärd ökning av sjukhusinläggningar orsakad av hjärtsvikt vilket förväntas öka med 50% inom de kommande 25 åren i Sverige (Hjalmarsson, 2024). Prevalenssiffrorna för hjärtsvikt svåra att bedöma på grund av att det inte finns en standardiserad definition för hjärtsvikt. Det uppskattas att hjärtsvikt drabbar mer än 64 miljoner personer globalt och enbart i Europa drabbas cirka 1-2% av alla vuxna. I Sverige drabbas cirka 2% av befolkning av hjärtsvikt, vilket motsvarar cirka 200 000 – 300 000 personer, som drabbas av symtomatisk hjärtsvikt nationellt. Detta leder till en belastning för sjukvården. Trots framsteg inom medicin och behandling är prognosen för mortalitet av hjärtsvikt väldigt högt. Mortaliteten av hjärtsvikt uppskattas vara cirka 67 % inom 5 år efter ställd diagnos (Hjalmarsson, 2024). Strömberg (2005, s. 19) beskriver att utöver personer som drabbas av symtomatisk hjärtsvikt finns det personer som lider av hjärtsvikt utan symtom eller latent hjärtsvikt. Det uppskattade siffrorna för personer med asymtomatisk hjärtsvikt i Sverige är lika många som personer med symtomatisk hjärtsvikt. Det uppskattas att cirka 10 procent av befolkningen över 80 år lider av hjärtsvikt nationellt. Dessa siffror, alltså 10 procent, rapporteras även i internationella epidemiologiska studier (Strömberg, 2005, s. 19).

Groenewegen et al. (2020) beskriver att hjärtsvikt klassas som en global pandemi då den påverkar cirka 64 miljoner människor världen över och ökar ständigt i prevalens. De globala kostnaderna för hjärtsvikt år 2012, beräknades vara cirka 31 miljarder dollar, vilket motsvarar cirka 10% av de totala sjukvårdskostnaderna av kardiovaskulära sjukdomar i USA. Detta procenttal förväntas stiga till cirka 127% mellan 2012 och 2030. Orsaken för denna drastiska stigning grundar sig i livsstilsfaktorer och en alltmer åldrande population globalt. Strömberg (2005, s.19) anger en ytterligare orsak till att hjärtsvikt ökar globalt är utvecklingen inom vården och behandlingen vilket har lett till att allt fler personer överlever hjärtinfarkt. Att överleva en hjärtinfarkt orsakar en nedsatt hjärtfunktion vilket i sin tur ökar risken för att utveckla hjärtsvikt. Wikström (2014, s. 15) förklarar att globalt leder det till att kunskap bland vårdpersonal om hjärtsvikt och behandling av hjärtsviktspatienter i olika kliniska situationer där hjärtsvikt kan utgöra risker, spelar en större roll utanför kardiologin. Enligt Wikström (2014, s. 30-32) är hypertoni och ischemisk hjärtsjukdom orsaken till 75% av all hjärtsvikt. Sekundära orsaker är diverse klaffsjukdomar, arytmier, kardiomyopati, diabetes, tyroidearubbningar och myokardit. Klaffel är även en bekräftad grundorsak men ovanligare än de ovannämnda. Hjärtsvikt tenderar att utvecklas långsamt och kan ibland vara helt asymtomatiskt, men det existerar även hjärtsvikt som kan utvecklas hastigt likt en hjärtinfarkt med tydliga symptom. Hjärtsvikt är inte ett primärt tillstånd vilket innebär att hjärtsvikt i sig är ett symtom till följd av underliggande sjukdomar. Personer som lider av hjärtsvikt kan visa olika symtom baserat på underliggande orsak, men de typiska symtomen som tillträder vid hjärtsvikt är trötthet, dyspné, somnolens, allmän svaghet och minskad aptit. Dessa symtom är gemensamma hos både yngre och äldre personer (Wikström, 2014, s. 30-32). Tanai & Frantz (2015) definierar hjärtsvikt som att hjärtat saknar förmågan att uppnå adekvat slagvolym för att upprätthålla god cirkulation, perfusionstryck och syresättning till kroppen.

Akut och Kronisk hjärtsvikt

Akut hjärtsvikt karakteriseras av en hastigt uppkommen eller gradvis tilltagande tillstånd av hjärtsviktsrelaterade symtom som kräver omedelbar medicinsk behandling vilket därmed leder till oplanerad sjukhusinläggning eller besök på akutmottagning (Metra & Teerlink, 2017). Kronisk hjärtsvikt utgör däremot ett långvarigt kliniskt syndrom där sjukdomsförloppet antingen kan vara stabilt eller instabilt. Till skillnad från den akuta formen kan kronisk hjärtsvikt föreligga i en kompenserad fas, vilket innebär att det går att nästan vara symtomfri då kroppen har anpassat sig till hjärtsvikten väl genom att balansera svikten och upprätthåller ett relativt stabilt tillstånd. Personer med kronisk hjärtsvikt kan utveckla en plötslig eller successivt tilltagande symtomförsämring. Detta innebär att den tidigare kompenserade fasen inte längre kan upprätthållas, vilket leder till ett tillstånd av akut dekompenserad hjärtsvikt där sjukdomsbilden övergår från stabil till instabil (Fine, 2025).

Behandling och egenvården vid hjärtsvikt

Riegels modell (Riegel et al., 2019) för hjärtsvikt förklarar egenvårdsprocessen i två delar, varav den första kallas Upprätthållande av egenvård och den andra kallas Hantering av egenvårdsbeteende. Båda dessa delar utgör tillsammans 5 steg i egenvårdsprocessen vid hjärtsvikt (Strömberg, 2005, s. 223-226). Upprätthållande av egenvård utgör steg 1 och innefattar personens vilja att utföra symtommonitorering samt att följa ordinerad behandling, till exempel att hålla koll på symtomförsämringar såsom andfåddhet, benödem och viktkontroll. Hantering av egenvårdsbeteende består av resterande 4 steg och innefattar upptäckt, bedömning, åtgärder och utvärdering av åtgärder och symptom. Steg 2 handlar om symtomövervakning, och om patienten lär sig tidigt upptäcka förvärring av sina symptom kan patienten snabbare åtgärda de utan sjukhusbesök. Några av dessa symptom kan vara: svårighet att sova i planläge, andfåddhet, snabb viktökning på grund av vätskeretention, trötthet och svårare att motionera. Vid steg 3, bedömning av symptom, ska personen kunna särskilja mellan betydelsefulla och betydelselösa förändringar i symptomen. Symptom som bedöms som betydelsefulla resulterar i att personen söker vård. Trots att symptomen kan vara betydelsefulla eller rent av allvarliga, kan personen avstå från att söka vård. Några av dessa orsaker tenderar att vara: livsstilsförändringar kan uppfattas som svåra och påfrestande, tilltro till ens egna förmåga är låg, kunskapen om hjärtsvikt är otillräcklig, eller hjärtsvikt i sig uppfattas inte som ett kroniskt tillstånd av personen utan mer som någonting man insjuknar i akut som sedan kräver vård på sjukhus. Trots undervisning kan personen ibland avstå från att agera, då symptomen ofta är diffusa och tenderar att komma smygande. Steg 4 handlar om implementering av behandlingsåtgärder, och bygger vidare på vad som har konstaterats i tidigare steg. Implementeringarna kan variera och göras på egenhand, som t.ex. vätska och saltrestriktion, och med hjälp av andra närstående eller vårdpersonal, som t.ex. benomlindning vid benödem, infusioner/injektioner eller flexibelt diuretikaintag. I det femte och sista steget utvärderas de vidtagna behandlingsåtgärderna och ligger till grund för framtida kunskap och agerande, beroende på om det skedde en symtomförbättring eller inte (Strömberg, 2005, s. 223-226).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar och kompetensområde

Enligt världshälsoorganisationen (WHO, 2022) har sjuksköterskan en central roll i att stödja personers egenvård och främja livskvalitet med ett etiskt och professionellt förhållningssätt vid vård av patienter med hjärtsvikt. Etisk och professionell vårdpraxis grundas på respekt för mänskliga rättigheter och värdigheter. För sjuksköterskor innebär det att personens värdighet och autonomi, rätt till existens och rätten till respektfullt bemötande respekteras. Till respekt för mänskliga rättigheter ingår även respekt för kulturella rättigheter. Utifrån de mänskliga rättigheterna ska alla personer behandlas lika oavsett olika faktorer. Dessa faktorer kan vara ålder, kön, etnicitet, hudfärg, religion och social status (WHO, 2022). I samband med personer som lever med hjärtsvikt är det gynnsamt att sjuksköterskan beaktar hur dessa faktorer påverkar personens upplevelser och attityd till symtom och egenvård. För att kunna beskriva värdegrunderna och skyldigheterna

för sjuksköterskan har the International Council of Nurses (2021) skapat fram etiska koder. ICN:s etiska koder har framställts som riktlinjer för sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter i alla länder och inom varje vårdinrättning eller specifik avdelning, gällande etiskt beslutsfattande (International Council of Nurses, 2021). De etiska koderna som ICN har framställt för sjuksköterskor är uppbyggd av fyra olika områden (Stienavo & Tschudin, 2019). Enligt The ICN code of ethics for nurses (2021) är det första huvudområdet omfattar sjuksköterskor och personer i behov av omvårdnad. Detta område betonar på ansvaret sjuksköterskan har gentemot patienter med fokus på respekt mot personens värdighet, integritet, autonomi och mänskliga rättigheter. Området inkludera även sjuksköterskans ansvar att säkerställa säker, jämlik och kvalificerad vård. Detta innefattar bland annat förståelse för personers erfarenheter av att leva med hjärtsviktssymtom och hur de hanterar egenvården, för att kunna erbjuda god individanpassad omvårdnad. Det andra huvudområdet i ICN:s etiska koder, sjuksköterskor och yrkesutövning, fokuserar på det ansvaret sjuksköterska har mot sitt eget professionella arbetssätt. Det innefattar att säkerställa och utveckla kompetens, integritet och ärlighet. För att kunna säkerställa kompetens och integritet i sjuksköterskans yrkesövning är det betydelsefullt att arbetet utförs efter vetenskaplig evidens. Det tredje huvudområdet behandlar sjuksköterskor och professionen. Detta område lyfter ansvaret sjuksköterskan har för att främja och medverka utvecklingen av sjuksköterskeyrket. Sjuksköterskan har ansvar att förbättra kvaliteten inom vården, säkerställa att det inom yrket följer etiska riktlinjer samt bidrar till forskning och utbildning. Genom att integrera personens erfarenhet och värderingar av att leva med hjärtsvikt kan vårdprofessionen utvecklas genom en fördjupad förståelse för egenvård och patientens livskvalitet. The ICN code of ethics for nurses (2021) nämner att det sista huvudområdet inom ICN:s etiska koder handlar om ansvaret inom sjuksköterskans profession för att kunna bidra till förbättrat hälsa på den globala nivån. Sjuksköterskan har ansvar att arbeta på ett sätt som minskar ojämlikheter i hälsa samt förbättra hälsa och välbefinnande för alla personer. The ICN code of ethics for nurses (2021) lyfter fram att sjuksköterskan även har en plikt att samarbeta med andra aktörer för att minska miljöfarliga utsläpp, samt att vara medvetna om miljöförstöringens konsekvenser. Sjuksköterskan ska även arbeta för att uppnå FN:s globala mål för hållbar utveckling. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2024) grundar sjuksköterskans omvårdnadsansvar på humanistisk människosyn och respekt för mänskliga rättigheter. Den humanistiska människosynen innebär att sjuksköterskan betraktar personen som en del av ett större sammanhang, att de har förmågan att ta ansvar och att de är aktiva i sitt liv. Målet med den humanistiska människosynen är att sjuksköterskans omvårdnad ska sträva efter att lindra patienters lidande, främja och återställa hälsa, förebygga sjukdomar och säkerställa en värdig död för personen. Värdegrunden för sjuksköterskans omvårdnadsansvar är en beståndsdel av sjuksköterskans uppdrag inom professionen som vägleder de vid möte med patienter för att kunna ge en etisk och professionell vård. En aspekt av sjuksköterskans omvårdnadsansvar är att skapa vårdrelationer som bygger på tillit och respekt. För att kunna skapa dessa relationer kräver det att sjuksköterskan är uppmärksam och medvetande om patientens utsatthet samtidigt som det också krävs förståelse och empati för patientens situation. Att ta ansvar för sina egna handlingar är ett professionsetiskt ansvar som sjuksköterskan har. Utöver sina egna handlingar har sjuksköterskan också ansvar att agera vid förhållanden som kan ha en negativ inverkan på välbefinnandet hos patienter eller deras anhöriga. För att kunna bidra till en säkrare och mer patientcentrerad vård är det en fördel att sjuksköterskan utvecklar det etiska omdömet (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Hur Sjuksköterskan arbetar med egenvården

Strömberg (2022, s. 221) definierar egenvård som de inre och yttre åtgärderna och motivationerna som personen innehar och applicerar för att uppnå/upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande. Det är de inre (mognad, arv) och yttre (miljö) resurserna som utgör personens egenvårdsresurser. Goda egenvårdsresurser är en nödvändighet för att bedriva god egenvård och uppnå hälsa. Sjuksköterskans centrala uppgift enligt Orem (2001, s.22) är att identifiera personens brist på egenvården. För att hjälpa patienter med deras brister och främja hälsa kan sjuksköterskan använda sig av fem olika hjälpmetoder. De fem metoder som Orem beskriver är att sjuksköterskan handlar eller gör åt patienten, som tillfälligt eller permanent inte kan göra själv. Att vägleda eller dirigera, vilket innebär att sjuksköterskan instruerar patienten om egenvården och dess utförande. Att ge fysiskt eller psykologiskt stöd för att säkerhetsställa att patienten framhärdar

egenvården. Att skapa en miljö för utvecklande, dvs skapa hjälpsamma strukturer och realistiska mål. Att undervisa, det vill säga lär patienten om sjukdomen, vården och symtomen (Orem, 2001, s. 55-60). Krówczyńska & Jankowska-Polańska (2020) betonar vikten av sjuksköterskans uppdrag när det kommer till att utbilda och informera personer för att sköta sin egenvård vid hjärtsviktssymtom. De nämner ett flertal evidensbaserade utbildningsområden och omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan ska utbilda patienten inom, som t.ex. hantering och igenkännande av symtom, kost, viktövervakning, fysisk aktivitetsnivå, medicinering och uppföljning av besök. Sjuksköterskan bör dock själv ha en djupgående, omfattande insikt och kunskap om hjärtsvikt och omvårdnadshandlingar för att handlägga personen. Tidiga utbildningsinsatser innan utskrivning har påvisat god compliance där patienterna oftare väger sig själva, följer natriumrestriktioner och undviker rökning.

Bristande compliance kan medföra att hjärtsvikten förvärras

Det finns inte en konsensus angående definitionen av vad följsamhet, alltså compliance innebär, och begreppet tenderar att variera beroende på disciplin, kontext, person och även vårdgivare. Bristande av likartad mätmetod leder till svårigheter av gemensam definition av compliance. Samtidigt som compliance kräver standardisering är personen en individ vars erfarenheter, livsstil och livsåskådning, påverkar nivån av följsamhet. Därför kan en enhetlig definition och arbetsförhållning inte anses vara optimal för att uppnå jämlik hälsa trots jämlik och god vård (Ingram, 2009). Ingram (2009) förklarar att bristande följsamhet är ett allvarligt folkhälsoproblem som har en negativ påverkan på patienthälsan och är samtidigt en stor kostnad för hälso-och sjukvården. Bristande compliance leder oftast till att grundsjukdomen förvärras eller sämre behandlingsutfall. För att personen ska kunna uppnå en god livskvalitet och kvalitativ vård är compliance centralt och avgörande. Vid god compliance ökar chansen för att få det bästa möjliga förutsättningar för hälsa och välbefinnande då när en person har god compliance tenderar de att följa medicinska riktlinjer samt rekommenderade behandlingsplaner och åtgärder. “Konsekvenserna” av att vara följsam brukar vara: förlust av kontroll, maktlöshet, lydnad, konformitet och anpassning. Dessa “konsekvenser” kan svara för det låga compliance antalet, och just därför kan det vara av ytterst vikt att ge personer möjlighet att behålla autonomin via gemensamt utformade vårdplaner i samarbete med sjukvårdspersonal för att underlätta följsamheten (Ingram, 2009).

Bärande begrepp

Hälsa

Enligt Willman (2019, s. 33–40) varierar definitionen av hälsa beroende på personens ekonomiska, religiösa, politiska, kulturella och filosofiska värderingar och tankesätt, och kan därför få många olika innebörder beroende på personen i fråga. Begreppet hälsa definieras utifrån två perspektiv; frånvaro av psykisk, fysisk, psykosocial och existentiell sjukdom, samt ur ett holistiskt perspektiv. Med ett holistiskt perspektiv menar Willman att människans välbefinnande är beroende av många, sammanhängande delar som utgör personen, inte bara det fysiska. Människan ska iakttas som en fri person med förmågan att ta ansvar och göra välinformerade val, och ska förstås som en unik varelse. Med andra ord är även omgivningen och familjära band, av lika stor betydelse för människans välmående. Det är av yttersta vikt att de två perspektiven inte anses vara varandras antagonister, utan att de båda bildar en viss harmoni för att kunna förklara begreppet hälsa. Hälsa är en mänsklig rättighet för alla människor, oavsett etnisk tillhörighet, kön, sexuell läggning, utbildning eller social ställning. Personen ska ha rätt till säkerhet, frihet och rätt till fysisk och psykisk hälsa på lika villkor. Omvårdnad är ett ämne och en vetenskaplig disciplin vars essentiella mål är att främja hälsa på nationell och global nivå. Den gemensamma synen på person och vad den är, spelar en vital roll i vad hälsa är och hur omvårdnadsarbetet ska utformas på bästa möjliga sätt för att främja hälsa. Inom ett omvårdnadsperspektiv kan hälsa främjas genom att aktivt möta patienten med en äkta närvaro, främja

hopp och vara vägledande genom att träna och undervisa patienten. Genom detta förhållningssätt kan patienten uppnå hälsa genom att uppleva ökad välbefinnande, mening, hopp, självrespekt, styrka och uppskattning. Hopp är en stark och odelbar aspekt, där inställning, förväntan om möjligheter och utfall är en drivkraft för hälsofrämjande arbete (Willman, 2019, sid. 33-40).

Person

Filosofen Ricoeur (1992, s. 112) beskriver person som ett handlande subjekt med förmågan att agera ("I can"), men påpekar samtidigt på att även sårbarhet och lidande är sammanflätad med denna handlingsförmåga, vilket är en del av att vara en människa. Enligt Öhlén och Friberg förknippar de norska filosoferna Johan Vetlesen och Henriksen sårbarhet med att behöva andra (1998, refererad i Öhlén och Friberg, 2019, s. 318). Öhlén och Friberg (2019, s. 318) definierar begreppet sårbar som en fundamental komponent av människans existens och att vara en person. Den svenske filosofen Bengtsson (2005, s. 18) betonar att den dagliga världen är socialt delad, det vill säga att det vardagliga liver inte enbart är individuellt utan tillsammans med andra personer. Förutom de subjektiva erfarenheter personer samlar på sig, anger Öhlén och Friberg (2019, s. 322-324) att personens identitet och självförståelse formas genom sociala interaktioner med andra samt genom normer och samhällets förväntningar. Förutom den påverkan sociala interaktioner har på personens identitet, bidrar personen handlingar även påverkan på andra (Öhlén och Friberg, 2019, s. 322-324). Enligt Öhlén och Friberg sker en ständig utveckling av personen under livets gång på genom olika stadier under livets gång. De framhåller även att sjukdom utgör en livsförändrande fas som har en betydande inverkan på personen genom livets gång. Sjukdom och dess konsekvenserna som kan inträffa kan bland annat ge upphov till förändrad identitet och nya perspektiv på livet. I det yrkesprofessionella sammanhanget är det betydelsefullt att sjuksköterskan kan betrakta personen som en hel person, än enbart som sin sjukdom. Genom att se personen framför personen kan sjuksköterskan säkerställa att vården blir personcentrerad, vilket innebär att fokus ligger både sjukdomen och behandling samtidigt på personens livssituation och tillgängliga resurser (Öhlén och Friberg, 2019, s. 325-327).

Problemformulering

Egenvårdens relevans vid hjärtsvikt har ökat och förväntas öka i framtiden. Patienter lever med symtom som dyspne, fatigue och ödem relaterat till vätskeretention. Dessa faktorer samverkar och medför att den dagliga livsföringen blir mer komplex och krävande för personer som lever med hjärtsvikt. Trots väl utarbetade riktlinjer samt muntlig och skriftlig information, visar studier att compliance är fortsatt låg bland hjärtsviktspatienter. De underliggande orsakerna för bristande compliance är inte tydliga. God compliance kan öka livskvalitén, främja hälsa och minska det mänskliga lidandet för personen. Vårdens uppmärksamhet riktas ofta mot den medicinska behandlingen trots att hjärtsvikt är ett känt och omfattande hälso problem. Detta innebär att personernas subjektiva upplevelser och dess påverkan på egenvården inte alltid prioriteras och uppmärksammas av omvårdnaden i tillräcklig grad. Bristande kunskap inom detta område leder till komplikationer, onödiga sjukhusinläggningar och onödigt lidande för personen. Genom att belysa personernas upplevelser av hur de hanterar egenvården vid hjärtsvikt kan sjuksköterskan lära sig att stärka personens följsamhet till egenvården. Sjuksköterskan i sin profession har ett viktigt uppdrag i att erbjuda personcentrerade råd för självständigheten i egenvården och följsamheten och hur personens hälsa kan främjas på bästa sätt.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa erfarenheter av egenvården hos personer som lider av symtom av hjärtsvikt

METOD

Design

Som design valdes allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats där målet är att samla och analysera befintlig forskning, vilket innebär att tidigare forskningsresultat inom ämnesområdet används för att få en mer komplex insikt av personers erfarenheter av egenvården vid hjärtsvikt. För att utvärdera relevansen av de valda studierna i förhållande till studiens syfte tillämpades Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell. **Steg 1** av niostegsmodellen inleddes med att formulera ett tydligt syfte till studien. Detta innebar en iterativ process där syftet preciserades utifrån ett identifierat kliniskt behov: att förstå personers erfarenheter av egenvård vid hjärtsvikt. Genom att tydligt koppla syftet till ett patientperspektiv försäkrades att litteratursökningen och granskningen stämde överens med studiens ändamål (Polit & Beck, 2021, s. 82-85).

Figur 1Niostesgsmodellen (Polit och Beck, 2021, s. 85). En fri tolkning och översättning av modellen

Urval

I **steg 2** upprättades inklusions- och exklusionskriterier för att sökningarna ska bli relevanta och preciserade till studiens syfte. De valda inklusionskriterierna var att studierna inte fick vara äldre än 10 år för att säkerställa att studierna är aktuella och uppdaterade. De skulle enbart vara fulltext och peer-reviewed för att säkerställa att de valda studierna var trovärdiga samtidigt som det hade granskats av experter inom området. Att de skulle vara originalstudier för att säkerställa att studierna baserades på egna forskningsresultat och inte på andras tolkningar och uppfattningar samt att de var på engelska för att inte begränsa till studier från vissa länder. Exklusionskriterierna var exempelvis att artiklarna inte skulle vara skrivna utifrån någon annan än personens synvinkel. Exempel på detta kan vara "Hur närstående/hemtjänst upplever vårdande av personer med hjärtsvikt", eller "Sjuksköterskans erfarenheter av att utbilda hjärtsviktspatienter". En tredje parts upplevelser ansågs inte vara relevant för att besvara studiens syfte, då fokus ligger enbart på personernas, vilket är en individuell och subjektiv upplevelse som delvis kräver att man själv lider av åkomman. Artiklar som handlade om annat än personen/personernas upplevelser och erfarenheter togs därför bort. Det gjordes ingen exkludering på intervju, observation eller gruppintervjustudier, samt att inga begränsningar lades på geografisk placering av utförd studie. Detta gjordes för att få ett stort omfång av internationella artiklar och

informationssamlingstyper.

Datainsamling

De valda databaserna för att utforma sökstrategin och identifiera relevanta vetenskapliga studier i **steg 2** av niostegsmodellen var CINAHL och PubMed. Valet av dessa databaser var grundat på deras omfattande urval av forskningar som var omvårdnads- och medicinsk baserad, vilket innefattar vetenskapliga artiklar som är förenliga med studiens syfte. Cinahl är en databas vars innehåll täcker omvårdnad, arbetsterapi och sjukgymnastik. Dokumenttyperna består av vetenskapliga tidskriftsartiklar från år 1982 och framåt, och cirka 75% av referenserna är på engelska. Generellt är Cinahl mer fokuserat på omvårdnadsforskning och innehar fler artiklar inom omvårdnad som saknas i PubMed (Forsberg & Wengström, 2016, s. 65). Dessa specifikationer bedöms passa för att besvara studiens syfte. Användning av Boolesk operatör **användes** för att begränsa sökresultaten, som användningen av OR och AND i alla sökningar, vilket exkluderar eller inkluderar utvalda ord från sökträffarna (Polit & Beck, 2020, s. 89). Sökorden som användes för att hitta relevanta artiklar var: "Heart failure", "Self care OR Self management", "Experience OR Perspective" och "Patient OR Human". Synonymer användes för att vidga bredden på sökresultaten. För att sökträffarna ska visa aktuell information infördes tidigare nämnda inklusions- och exklusionskriterier.

För att hitta artiklar relevanta för studiens syfte gjordes det sökningar i CINAHL vilket var **steg 3** av niostegsmodellen. Sökningarna gjordes i fyra sökblock, där varje sökblock söktes enskilt. Slutligen kombinerades alla sökblock och femte sökningen (S5) bestod utav S1, S2, S3 och S4, med fem utvalda begränsningar som; Full text, peer reviewed, original artiklar, senaste 10 åren och engelska. Ingen differentiering gjordes mellan akut och kronisk hjärtsvikt vid artikelsökningarna. Till **steg 4** läses först titlarna, varav 20 artikeltitlar saknade relevans för studiens syfte. Dessa artiklar handlade inte om personens perspektiv eller egenvård. Artiklarna var skrivna utifrån ett sjuksköterska/läkarperspektiv eller handlade om tekniska hjälpmedel/diagnostikverktyg. Vidare granskning av abstract av resterande 10 artiklar påvisade att 3 av dessa artiklar inte var originalartiklar eller att de saknade relevans för studiens syfte. Vid **steg 5** lästes alla utvalda artiklar. Efter en djupgående analys valdes de slutgiltiga artiklar ut för att bli inkluderade i studien. Två artiklar försummades då de, vid mer djupgående läsning, inte var relevanta för studiens syfte (Polit & Beck, 2020, s. 85).

Databasen **PubMed** användes för att hitta relevant forskning för studiens syfte. **Steg 2**: Anledningen till att detta databas valdes ut var för att det innehåller artiklar och studier som fokuserar största delen på medicin, vilket är relevant för studiens syfte. För att samla in artiklar relevanta till studiens syfte valdes det ut sökord och Mesh termer. MeSH (Medical Subject Headings) är en ämnesordlista som används för att organisera och göra sökningar i PubMed då MeSH gör det enklare att hitta relevanta artiklar (Karolinska institutet, u.å). Sökorden som användes vid sökning I databasen var "Patient* OR Human", "Expereience OR Perspective", "heart failure [MeSH Terms]" och "Self Care OR Self-Management". För att säkerställa att de valda sökorden var relevanta till studiens syfte kombinerades de med Booleska operatörer. För att inte få artiklar som inte var relevanta och för bereduträckning på sökningarna i PubMed valdes det ut inklusions- och exklusionskriterier. För att dokumentera sökstrategin och skapades det en sökmatris som inkluderar sökorden och sökresultaten. I **steg 3** av niostegsmodellen gjordes det sökningar i PubMed's databas för att identifiera artiklar som är lämpliga utifrån studiens syfte. Sökorden valdes ut genom termer i MeSH för att få fram lämpliga sökord för att få relevanta sökresultat. Baserat på sökresultaten i PubMed identifierades relevanta artiklar ut för att inkludera i studien. För att få fram relevanta artiklar gjordes sökningen i flera steg. Först gjordes sökningarna enskilt för valda sökord. När de enskilda sökningarna var klara kombinerades alla sökblock med booleska operatören AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4) vilket resulterade i 580 träffar utan några begränsningar. För att sedan söka på artiklar som är mer relevanta infördes begräsningarna vilket var att artiklarna var original artiklar, max 10 år gamla, att artiklarna var peer reviewed, att de var på

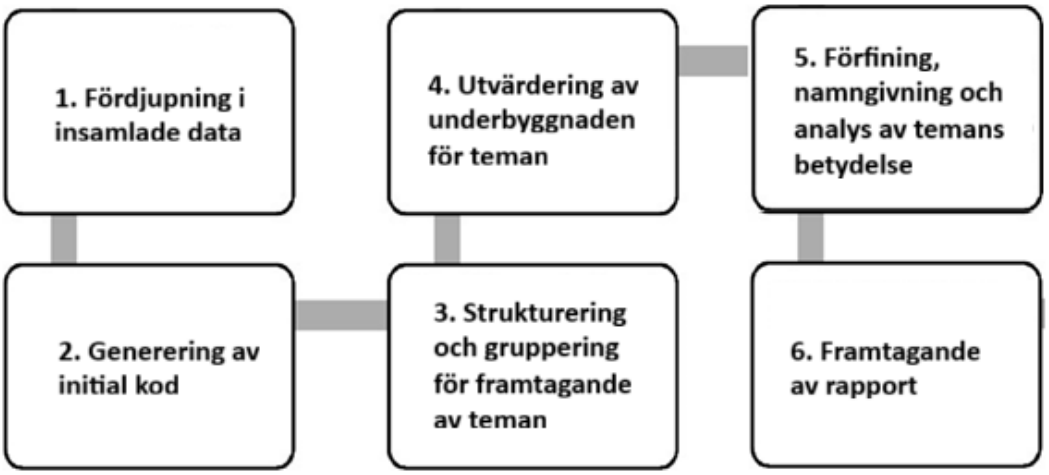
engelska samt att det var fulltext. Efter begränsningarna blev det 345 slutgiltiga artiklar. **Steg 4** av niostegsmodellen användes för att identifiera relevanta artiklar. För att identifiera relevanta artiklarna genomfördes en initial screening där titlarna granskades av alla sökresultaten. Utifrån de granskade titlar valdes de artiklar som bedömdes som relevanta ut för att utföra en närmare granskning av titlarnas abstrakt. Av de utvalda titlarna lästes abstrakten för att identifiera abstrakt som potentiellt var betydelsefulla för studiens syfte samt selektionskriterier (Polit & Beck, 2020, s. 85). Sökningen gjorda i respektive databas redovisas i sökmatriserna nedan (Bilaga 1 & 2). Vid **steg 5** gjordes fulltextgranskning av alla valda vetenskapliga artiklar vid steg 4 för att göra en djupare analys, vilket innebär att de utvalda artiklarna lästes och exkluderade artiklar som bedömdes vara irrelevanta. Totalt lästes 17 artiklar i sin helhet där 6 utav de valdes ut då de bedömdes vara relevanta och svarar på studiens syfte.

I enighet med **steg 6** i Polit och becks (2021, s. 85) niostegsmodell identifierades och sammanställdes relevanta material från de inkluderade artiklarna vilket dokumenterades i en artikelmatris, se Bilaga 4. Artikelmatrisen skapades för att tydligt och systematiskt dokumentera de valda artiklarnas innehåll, resultat, metod, design, urval, titel, författare, årtal, tidskrift och land artiklarna fokuserade på.

För att utvärdera de valda artiklarna med ett kritiskt förhållningssätt i enighet med **steg 7** gjordes det en kvalitetsgranskning genom att använda en granskningsmall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022) för kvalitativa studier vilket utgår från 5 punkter (se bilaga 3). Första punkten nämner överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien. Den andra punkten berör deltagare, det vill säga hur urvalet gjordes. Är urvalet lämpligt för att besvara frågan samt är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd? Tredje punkten är vilken metod och datainsamling som utfördes, det vill säga; fanns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten? Den fjärde syftar till vilka metoder som användes för analys. Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt, var forskarna reflexiva vid tolkning av data, samt om tolkningarna validerades? Femte punkten handlar om vilken bakgrund och kompetens forskarna hade. Hade forskarna någon relation till studiedeltagarna som kunde påverka datainsamlingen, hade forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt, samt var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022)? Varje artikel lästes enskilt för att förstå innehållet och det systematiska tillvägagångssättet innan kvalitetsgranskningen gjordes för att bekanta sig med materialen. Baserat på kvalitetsgranskningen som utfördes, klassificerades artiklarna som av låg, medel eller hög kvalitet. Av de 10 inkluderade artiklarna bedömdes nio ha hög kvalitet medan studien från Min et al. (2023) vara av medelkvalitet efter kvalitetsgranskningen. Eftersom inga artiklar bedömdes ha låg kvalité efter granskningen behövdes ingen artikel exkluderas från studien. Kvalitetsgranskningen av artiklarna redovisas i en artikelmatris (Bilaga 4).

Dataanalys

I **steg 8** av Polit och Becks (2021, s. 85) niostegs modell analyseras insamlade data enligt Braun och Clarkes sexstegsmodell för reflexiv tematiska analys (se figur 2). Denna metod innebär en systematisk process för att identifiera, analysera och rapportera mönster i datan. Detta möjliggör en djupare tolkning av insamlade data. Reflexivet är central i denna metod, vilket innebär att erfarenheter, förförståelse och teoretiska perspektiv kan påverka tolkning av materialet. För att säkerställa transparens och analytisk trovärdighet fördes kontinuerliga reflexiva anteckningar och kodningsbeslut granskades kritisk (Braun & Clarke, 2022, s. 35-37). Då vi har använt oss av en reflexiv tematisk analys, finns det risker att författarnas egna tolkningar och förförståelse kan ha påverkat analysprocessen. För att genomföra dataanalysen studerades de valda studiernas resultat. I enlighet med **steg 1** i Braun och Clarkes sexstegsmodell (2022, s. 35-37) identifierades textavsnitt i artiklarnas resultatdel som svarade mot studiens syfte.



Figur 2 Braun & Clarkes sexstegsmodell för tematisk analys. Sammanställd och översatt av enligt deskriptionen av Braun & Clarke (2022, s. 35-36)

Artiklarna lästes noggrant var för sig flera gånger för att få en djupgående förståelse för artiklarnas innehåll. Relevanta textavsnitt i artiklarna, som ansågs vara relevanta för att besvara studiens syfte, markerades och plockades ut för att kodas i nästa steg. I enighet med en allmän litteraturstudiens syfte att sammanfatta och analysera forskning, låg studiens fokus på artiklarnas samlade resultat, vilket uteslöt användning av direkta citat. I **steg 2** lästes och granskades de identifierade textavsnitten gemensamt upprepade gånger och diskuterades om textens innehåll och vad styckets kärna var för att uppnå en konsensus. Vid den tematiska analysen av textavsnitten användes ett gemensamt arbetsdokument i tabellform, där meningsbärande enheter, kodetiketter, tema och subteman framställdes. Initialt kodades dessa textavsnitt och tilldelades kodetiketter för att organisera och få fram mönster i data. Studiens syfte användes som grund vid identifiering av kodetikett för att utvärdera vilka delar som var relevanta. Efter att kodningen hade genomförts sorterades de tilldelade kodetiketter in i övergripande teman enligt **steg 3**, genom att liknande och återkommande koder grupperades tillsammans. Därefter fördes en analytisk diskussion om vilka preliminära teman som framträdde samt om hur dessa bäst skulle benämnas. I **steg 4** granskades och reviderades de framtagna teman gemensamt för att säkerställa enhällighet och att de var trovärdiga, tydligt avgränsade och internt homogena men extern heterogena. Teman granskades och reviderades upprepade gånger under arbetsprocessen för att uppnå klara och internt sammanhängande teman i enlighet med studiens syfte. För att stärka helhetsperspektivet och få en mer nyanserad bild för att fördjupa förståelsen av teman identifierades subteman. Vid **steg 5** definierades övergripande teman genom en fördjupad gemensam analys. Under denna fas klargjordes varje temas innebörd, avgränsning och fokus för att säkerställa kongruens. Vidare bearbetades subteman samtidigt som koppling till teman tydliggjordes, för att säkerställa att de valda subteman speglade temans innehåll korrekt. I **steg 6** framställdes resultatet, där de framtagna teman utgjorde resultatets två specifika delar som var tydlig kopplade och relevanta för att besvara studiens syfte. Angående hur rubrikerna skulle namnges diskuterades för att det skulle stämma överens med de tematiska fynden och strukturerade dessa enhetligt inom passande resultatdel. Tabell 1 illustrerar ett exempel på hur analysprocessen genomfördes.

SYFTE: Att belysa erfarenheter av egenvården hos personer som lider av symtom av hjärtsvikt			
Titel: Heart failure patients' experiences of self-care neglect. **Författare: Parisa S Bahrodi, Azade Safa, Neda M Ajorpaz and Fatemah S-I Avanji bn**			
Del av text som svarar på syftet	**Kodetikett**	**Tema**	**Subtema**

Based on the experiences of most of the participants, it was found that they always prioritize family care in all matters. As a result, they sometimes neglect their own care, especially in relation to their illness (9)	Sätta familjen före sin egenvård	Försummelse av egenvård	Prioriteringar
According to the participants' experience, they had neglected their care because of their diminished mental capacity. (9)	Försämrad egenvård relaterat till psykisk nedstämdhet	Försummelse av egenvård	Psykiska begräsning
Most of the participants had experienced a sense of hopelessness during the treatment process, which had caused them to become lax in taking care of themselves. (9)	Hopplöshets påverkan på egenvården	Hopp	Emotionella hinder
The participants' experiences revealed that they suffer from many physical problems that cause them to neglect self-care. (9)	Nedsatt fysisk förmåga för egenvård	Försummelse av egenvård	Fysiska begräsning
The participants felt that they had not received the support they needed after becoming ill. They stated that they did not receive the necessary support from the family, the government, and the healthcare system, indicating the improper condition for these patients. (9)	Otillräcklig vård- och stödsystem	Stödbrist	Känsla av inadekvat hjälp
The experience of the participants revealed that they do not have a proper adherence to the correct diet in the disease, which was attributed to the inability to change the wrong	Bristande följsamhet till kostanpassning	Hinder för livsstilsförändringar	Ohälsosamma matvanor

eating habits formed since childhood. (9)			

Tabell 1. Exempel på tillvägagångssätt vid tematiskanalys

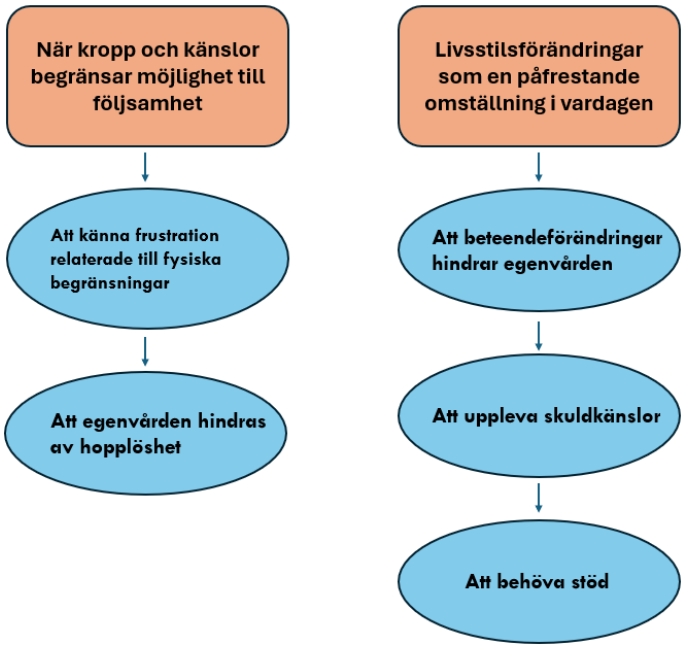
I **steg 9** av Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell sammanställdes resultatet från de inkluderande studierna, vilket skapade förutsättningar för en systematisk och tydlig framställning av de identifierade teman.

Etiska aspekter

För att säkerställa att de inkluderade studierna har framställts med ett etiskt förhållningssätt användes World Medical Associations Helsingforsdeklartionens (WMA, 2024) riktlinjer. Det är av yttersta vikt att alla utvalda artiklar genomgår en noggrann etisk granskning samt att forskarna som bedriver studien är transparenta om forskningsprocessen och dess steg samt tydligt kommunicerar med deltagarna om deras rättigheter och skyldigheter. Detta innebär enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2024) att alla medverkande personer i studien har gett sitt godkännande och fulla medgivande, samt att deltagarna behandlas med respekt för deras värdighet och integritet. Deltagarna ska också vara anonyma och skyddats med sekretess. Enligt deklarationen måste alla deltagarna få informationen om att de kan när som helst avbryta deltagandet utan att det får negativa konsekvenser. Vissa personer eller grupper utgör en sårbar grupp inom forskning och löper en betydligt större risk av att bli skadade eller utnyttjade. Exempel på sårbara grupper är barn och unga, äldre, personer med psykisk funktionsnedsättning. Sårbara grupper som deltar i forskning måste få extra stöd och skydd för att forskningen ska anses som etisk försvarbar. Denna studie inkluderade alla åldersgrupper och eventuella funktionsnedsättningar och utforskade därför inte en specifik sårbar grupp. Medicinsk forskning får endast utföras på sårbara grupper om forskningen leder till nytta eller hjälp med hälsoproblem och behov eller om uteblivet deltagande förvärrar hälsotillståndet (WMA, 2024). Enligt Vetenskapsrådet (2025) handlar god forskningsetik om balans mellan viktiga aspekter; Integritet (att skydda de medverkande), Säkerhet (att ingen kommer till skada) och Kunskap (att erhålla ny information). God forskningsetik bygger på fyra principer: att forskningsresultat ska vara högkvalitativa (Tillförlitlighet), att forskare visar respekt till kollegor, deltagare och samhälle (Respekt), att forskarna tar ansvar för sina studier och konsekvenserna den kan medföra (Ansvar) och att forskarna ska vara transparenta i utföring och rapportering (Ärlighet) (Vetenskapsrådet, 2025). Polit & Beck (2021, s. 137– 138) påpekar också att deltagarna blir kompenserade vid ekonomisk förlust eller vid skada under studien, att deltagarna vet om möjliga sponsorer eller vilka som finansierar studien. Enligt Forsberg och Wengström (2015, s. 59) ska allt underlag ha en tydlig referens och kunna finnas i referenslistan, för att påvisa ett systematiskt förhållningssätt emot plagiering. Inom allt typ av forskning får det inte förekomma fusk och ohederligheter. För att förebygga förekomsten av detta krävs det att etiska aspekter beaktas. Ur ett etiskt perspektiv måste allt material som används redovisas korrekt och transparent (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). I denna studie har det tillämpat en rigorös referenshantering för att säkerställa att det använda materialet och texten är från originaldatans innebörd utan förvrängning. Vid referenshanteringen användes American Psyocologial Associations's guide (APA-Guiden) (Södertörns högskola, 2021) för att refereringen ska vara fullständigt redovisad och noggrann. Artiklar som inkluderades i studien kontrollerades och granskades enligt ovannämnda etiska aspekter för att säkerställa att valda artiklar var etiskt användbara. Samtliga studier bedömdes förhålla sig till de etiska kraven stiftade i Helsingforsdeklarationen och Vetenskapsrådet.

RESULTAT

Syftet med studien var att belysa erfarenheter av egenvård hos personer som lider av hjärtsviktssymtom. Genom analys av de utvalda artiklarna kunde det identifieras två teman för att besvara studiens syfte: (1) När kropp och känslor begränsar möjlighet till följsamhet och (2) Livsstilsförändringar som en påfrestande omställning i vardagen. Till teman kunde fem subteman identifieras. För det första teman identifierades två subteman: Att känna frustration relaterade till fysiska begränsningar & Att egenvården hindras av hopplöshet. Till den andra teman identifierades tre subteman: Att beteendeförändringar hindrar egenvården, Att uppleva skuldkänslor & Att behöva stöd. Se figur 3.



Figur 3 Teman och Subteman

När kropp och känslor begränsar möjlighet till följsamhet

Ett tema som var allmänt förekommande bland personer var dagliga fysiska och psykiska svårigheter i egenvårdsbehandlingen. Utmaningarna grundade sig främst i fysiska begränsningar inom det dagliga livet samt psykologiska begränsningar i form av emotionella upplevelser och komplexiteten i egenvårdsbehandlingen. Dessa upplevelser hade en tydlig påverkan på följsamheten till egenvården. När kroppen eller psyket sviktade hade personerna det betydligt svårare att följa rekommendationer och riktlinjer från vårdpersonal. Känslor som skuld och frustration, relaterat till fysiskt och psykiskt nedsatthet var närvarande för majoriteten av personerna (Bahrodi et al., 2024; Chew et al., 2019; Graarup & Höjskov, 2022; Min et al., 2023; Negarandeh et al., 2020; Nordfonn et al., 2019; Sedlar et al., 2020; Sevilla-Cazes et al., 2018; Turrise et al., 2023).

Att känna frustration relaterade till fysiska begränsningar

Personerna upplevde sjukdomssymtomen och samsjuklighet, nedsatt fysisk förmåga, vårdregimens komplexitet och kunskapsbrist som överväldigande hinder vid egenvårdsbehandlingen (Bahrodi et al., 2024; Chew et al., 2019; Graarup & Höjskov, 2022; Min et al., 2023; Negarandeh et al., 2020; Nordfonn et al., 2019; Sedlar et al., 2020; Sevilla-Cazes et al., 2018; Turrise et al., 2023). Enligt personerna var den ledande orsaken till att de försummade sin egenvård den succesiva försämringen av deras fysiska tillstånd relaterat till hjärtsvikt och komorbiditet. Många deltagare beskriver att de var medvetna om vikten av daglig fysisk aktivitet och hur väsentlig den är för egenvården. Trots motivation och välvilja att hantera hjärtsviktssymtomen överskuggades den av fysisk svaghet, trötthet och andnöd. Att vara medveten om ”rätt väg att följa” men att inte kunna följa den var dilemman som vägde tungt för personerna. Dessa begränsningar ledde till logistiska

svårigheter då personerna uppgav att deras energi måste fördelas noga under dagen för att ha energi kvar för träning. Personerna som lyckades utföra fysikaliska aktiviteter kunde uppleva exacerbationer på grund av överansträngning, vilket ledde till att träning undveks. Ytterligare logistiska problem uppgavs av personer, där träningsplanering kunde kännas som överväldigande, med tanke på vart närmsta träningscenter var lokaliserat, vilka övningar de skulle utföra och att hitta tid i dagen. Egenvårdsbehandlingen upplevdes av personerna som alltuppslukande och ockuperade deras tankar och tid (Bahrodi et al., 2024; Chew et al., 2019; Graarup & Höjskov, 2022; Min et al., 2023; Negarandeh et al., 2020; Nordfonn et al., 2019; Sedlar et al., 2020). I allmänhet upplevde en majoritet av personer svårigheter med medicineringen. Medicinscheman uppfattades som komplexa, överväldigande och omfattande. Praktiska moment, såsom vilka och när specifika mediciner skulle tas, ledde till frustration och utebliven medicinering. Även besvärliga biverkningar var en komplicerande faktor som personer uppgav skapade svårigheter med compliance i egenvårdsregimen (Nordfonn et al., 2019; Sevilla-Cazes et al., 2018). Missförstånd och kunskapsbrister i hur egenvården skulle utföras var även ett överhängande problem och komplicerade personernas försök att hantera hjärtsviktssymtomen. Exemplen på missförstånd identifierades som; feltolkning av symtom (speciellt för personer med multipla sjukdomar), vilka kostrestriktioner som gällde samt när på dagen de skulle vägas. Till detta hörde även medicinering till som missförstånd. Vissa personer antog att god följsamhet med läkemedel innebar att vissa kostrestriktioner inte behövde uppföljas (Negarandeh et al., 2020; Sedlar et al., 2020, Sevilla-Cazes et al., 2018).

Att egenvården hindras av hopplöshet

För många personer visade sig egenvårdsprocessen bringa med diverse psykiska svårigheter. Personerna upplevde likt tidigare nämnt, en rigorös och komplicerad vårdregim, som i vissa fall gav psykosociala men, vilket ofta ledde till försummelse av egenvården. När personens hantering av egenvården blev ofullständig ledde det till multifacetterade känslor som skam, skuld, ointresse för livet och rädsla. Många personer upplevde skiftet från sjukhusvård till att självständigt koordinera och ansvara för den egna behandlingen som psykiskt överväldigande (Bahrodi et al., 2024; Negarandeh et al., 2020; Nordfonn et al., 2019). Personer upplevde rädsla för andras omdömen gällande deras svagheter, vilket medförde att man dolde sin sjukdom och därpå försummade sin egenvård. Rädsla visade sig inte bara vara ett hinder utan även en motivator för att bibehålla hög compliance till egenvårdsregimen. Många personer nämnde det överhängande hotet av sjukdomsprogression till hjärtinfarkt som avskräckande medel (Min et al., 2023; Negarandeh et al., 2020). Hopplöshet var ett återkommande tema och känsla knuten till egenvårdsprocessen, vilket fick de att slarva med behandlingen. Vissa personer påvisade denna hopplöshet då de uppgav att deras insatser inte spelar någon roll och att de kan gå bort närsomhelst trots följsamhet till egenvården. Personerna förklarade att de hellre satsar sin kvarvarande tid i nuet och njuter av livets goda stunder än att ge upp de för en osäker framtid. Aktiviteter som läkarbesök och följa strikta egenvårdsregimer var att slösa på dyrbar tid, och denna tid omfördelades hellre på familj eller sin sociala krets. Denna hopplöshet kunde även mynna ut i det negativa, och flera personer angav att trots deras ständiga kamp för att upprätthålla egenvården förvärrades deras tillstånd, vilket ledde till förlorad motivation att fortsätta (Bahrodi et al., 2024; Chew et al., 2019; Graarup & Höjskov, 2022; Negarandeh et al., 2020, Sevilla-Cazes et al., 2018).

Livsstilsförändringar som en påfrestande omställning i vardagen

Livsstilsförändringar var en utmaning som var ett tydligt problem relaterat till personernas upplevelser av egenvården. Bland många personer förekom det även här positiva och negativa känslor kring vilka följder egenvården förde med sig. Egenvårdsprocessen belyste personernas brister relaterat till djupt inrotade vanor och behovet av att ändra de för att förbli följsamma. Känslor av frustration var vanligt förekommande när personerna behövde ändra sin livsstil för att uppnå hälsa. Egenvården ledde till skam och spänningar inom familjedynamiken, speciellt för personer där egenvården inte kunde fullföljas utan hjälp av tredje part. Personer upplevde sig vara en börda för närstående och skuld över att inte försöka göra sitt bästa för deras skull. Likväl gick det att observera en positiv upplevelse för personerna där engagemang och socialt stöd från närstående stärkte familjära band. Stöd från närstående var inte enbart uppskattat, utan för många var det nästintill ett krav för fysiskt och psykiskt välmående (Bahrodi et al., 2024; Chew et al., 2019; Graarup &

Höjskov, 2022; Min et al., 2023; Negarandeh et al., 2020; Nordfonn et al., 2019; Seah et al., 2016; Sedlar et al., 2020; Sevilla-Cazes et al., 2018; Turrise et al., 2023).

Att beteendeförändringar hindrar egenvården

Personerna ansåg sig vara välinformerade om att strikta riktlinjer, komplexa behandlingar och kostrestriktioner var nödvändigt för symtomlindring av hjärtsvikt. De påpekade även nyfunnen insikt i värdet av kunskapssökande beteende, expertkunskap och att lyssna till vårdpersonalens rekommendationer. Att ta sina läkemedel i tid och gå på regelbundna hälsokontroller var en självklarhet. Trots detta medgav personerna avsiktligt bristande följsamhet och erkände att de själva var en skada för att hantera sin hjärtsvikt (Graarup & Höjskov, 2022; Min et al., 2023; Seah et al., 2016; Turrise et al., 2023). Personerna upplevde stora svårigheter och emotionell press i att förändra sina ohälsosamma vanor. De försökte bibehålla hälsosamma beteenden, men ofta blev de framgångslösa och återvände till tidigare vanor efter en viss tid. Det var, till exempel, besvärligt att inte kunna äta smakrik och välkryddat mat. Personerna visste att saltmängderna var viktigt att övervaka vid matlagning, men okunskap i hur man avläser saltmängderna i bearbetad mat, samt traditionell kökskost berikad med salt, gav negativa känslor och ledde succesivt till avhopp i följsamheten. Många personer attribuerade oförmåga i beteendeförändringar, såsom rökning och dåliga matvanor, till felaktigt formade och svårförändrade vanor ifrån barndomen. (Bahrodi et al., 2024; Graarup & Höjskov, 2022; Min et al., 2023; Negarandeh et al., 2020; Turrise et al., 2023). Att behöva sakta ned tempot i vardagslivet var emotionellt påfrestande. Personerna beskrev en ”innan och efter” upplevelse av vart de en gång var i livet och vart de har hamnat nu, med avseende till vad de var kapabla till att hantera fysiskt. Många som lyckades samla kraft att träna, tenderade att endast göra detta på lediga dagar och även det var besvärligt att upprätthålla (Chew et al., 2019; Nordfonn et al., 2019; Sedlar et al., 2020; Sevilla-Cazes et al., 2018).

Att uppleva skuldkänslor

Många personer uttryckte skuldkänslor gällande hjärtsvikten och dess behandling gentemot sina närstående. Vissa upplevde att de var en börda och att de krävde extra uppmärksamhet och uppvakning, speciellt vid aktiviteter kopplade till egenvården. Känslor av beroende, brist av autonomi och att vara en börda leder till frustration och vissa bestämde sig för att självständigt hantera egenvården. Familjedynamiken kunde sättas på spel för personerna och skuld och skam var allmänt förekommande för många som kände att de inte längre kunde bidra till familjen i samma utsträckning som förut. Personer med yngre barn kände stark oro eftersom de upplevde att barnen inte skulle behöva se sin förälder i ett svagt skick eller behöva oroa sig för deras välmående, samt att idealet var att barnen skulle få en bekymmerslös uppväxt. I vissa fall kunde dock denna oro agera som en motivationsfaktor för att upprätthålla egenvården, medan den i andra fall kunde leda till att personerna försummar egenvården och istället prioriterar omsorgen om familjen (Bahrodi et al., 2024; Chew et al., 2019; Nordfonn et al., 2019; Seah et al., 2016; Sedlar et al., 2020).

Att behöva stöd

För vissa var stöd av närstående en nyckelstrategi för att hantera hjärtsviktssymtomen. Stöd från andra gav tröst, ro och var för vissa avgörande i hanteringen av vården. Närstående kunde frivilligt hjälpa till med medicinering, kostreglering, dagliga aktivitet eller hjälp med att sluta röka. Vissa kunde även erbjuda att flytta in till personen som extra stöd eller erbjuda sina egna bostäder som en plats för återhämtning. Några personer kunde identifiera specifika familjemedlemmar som motivation för compliance av egenvårdsprocessen. Självhantering av hjärtsviktssymtom var utmanande, och därför kunde närståendestöd vara ett lugn i vardagen. Närstående som själva led av hjärtsvikt var en positiv källa för kunskapsutbyte, erfarenheter, rekommendationer och råd i vad som fungerade för de (Chew et al., 2019; Min et al., 2023; Seah et al., 2016; Turrise et al., 2023).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att belysa erfarenheter av egenvården hos personer som lider av hjärtsviktssymtom. Studiedesignen omfattade en allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats vilket möjliggjorde en systematisk analys och syntes av befintlig forskning inom forskningsämnet. Den valda metoden bedömdes därmed vara lämplig för att identifiera och fördjupa förståelsen av personers upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt. Studien tillämpade Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell, från studiens problemformulering fram till analysdelen för att säkerställa en djupgående forskningsprocess med hög **tillförlitlighet**. För att öka **trovärdigheten** i studien har kvalitetskriterier framförda av Lincoln och Guba följts (1985, s. 301-323). Lincoln och Guba's kvalitetskriterier utgår från fyra kriterier vilket är **tillförlighet** (credibility), **verifierbarhet** (dependability), **giltighet** (confirmability) och **överförbarhet** (transferability).

Eftersom Lincoln och Gubas (1985, s. 319-323) kriterier för trovärdighet är utformade för att säkerställa kvalitet i kvalitativ forskning genom att minska subjektivitet, har dessa kriterier har dock anpassats till studiens reflexiva tematiska analys. Enligt Braun and Clarke (2022, s. 5) betraktas forskarnas subjektivitet som en analytiskt produktiv resurs. Kriterierna har därför inte använts för att minska subjektiviteten, utan använts reflexivt för att synliggöra och diskutera hur tolkningar utvecklats under analysprocessen. Detta gör att Lincoln och Gubas kriterier inte går att tillämpas bokstavligt utan behöver anpassas för att det ska stödja reflexivitet och transparens (Braun & Clarke, 2022, s. 5).

Inom kvalitativ forskning handlar **Tillförlitlighet** om att säkerställa att resultaten återspeglar deltagarnas upplevelser på ett korrekt sätt, utifrån forskningens kontext. Det innefattar även hur tillförlitliga tolkningarna av data är. **Verifierbarhet** syftar till hur stabila och pålitliga data är över tid. Det innebär att resultatet bör kunna upprepas om studien genomförs igen inom samma kontext med samma eller liknande deltagare. **Giltighet** handlar om att säkerställa objektivitet och att det ska vara möjligt för oberoende personer att kunna koma fram till liknande resultat. Detta kan uppnås genom att data och resultat tydligt speglar deltagarnas perspektiv. **Överförbarhet** syftar till hur gott resultatet från en studie går att tillämpa inom andra grupper eller miljöer. Forskarna måste förse med tillräckligt beskrivande information och data om studiens kontext och deltagare. På detta vis kan andra bedöma om resultatet kan vara relevant inom en annan miljö eller situation (Polit och Beck, 2021, s. 569-570).

Steg 1: Ett relevant och tydligt syfte formulerades för att strukturera arbetet och avgränsa artikelsökningarna. Då hjärtsvikt är ett brett ämne har syftet avgränsats till enbart personens erfarenheter av egenvården.

Steg 2: Före genomförandet av artikelurvalet definierades tydliga inklusions- och exklusionskriterier som ansågs var relevanta till studiens syfte. Dessa kriterier låg till grund för urvalsprocessen av artiklarna och att göra sökningarna mer relevant till studiens syfte. Denna avgränsning som utfördes vid artikelsökningarna stärker studiens **trovärdighet** eftersom det säkerställer att sökresultaten blir fokuserad på studiens definierade syfte. Eftersom studiens **tillförlitlighet** och **trovärdighet** ökar av dokumentation enligt Polit & Beck (2021, s. 737), har sökstrategin tydligt dokumenterats steg för steg, vilket redovisas i bilaga 1 och 2. För att undvika språkförlust och språklig bias valdes artiklar som var skrivna på engelska. För att säkerställa att de valda artiklarna var relevanta och aktuella fastställdes en avgränsning till artiklar som var publicerade inom de senaste tio åren. Databaserna som användes i denna studie var CINAHL och PubMed, då dessa baser riktar sig in inom omvårdnad och medicin vilket är i enighet med studies syfte och bidrog till studiens validitet och reliabilitet. Systematiska artikelsökningar i fler databaser än en stärker den vetenskapliga **trovärdigheten** i studien. Relevanta och identiska sökord utformades och applicerades i båda databaserna för att hålla sökningarna kongruenta genom arbetes gång, vilket ytterligare ökar studiens **trovärdighet**. För att artiklarna i databassökningarna ska vara relaterad till studiens syfte användes booleska operatörer, vilket preciserar sökresultaten (Polit & Beck, 2021, s. 89).

Steg 3: Databassökningarna genomfördes systematiskt i de valda databaserna genom de etablerade sökstrategierna. För att studierna som identifierades vid sökningarna ska vara relevanta, begränsades sökningarna genom inklusions- och exklusionskriterier som identifierades i tidigare steg. Detta ökar studiens trovärdighet, då det leder till att sökningarna som gjordes blir enhetligt till studiens syfte. Endast peer-reviewed studier inkluderas för att säkerställa vetenskaplig tillförlitlighet. Genom artikelsökning påträffades vissa artiklar i de båda databaserna, vilket stärker **tillförlitligheten** i urvalsprocessen av artiklarna. Sökningarna gjorda i databaserna CINAHL och PubMed presenteras i form av tabeller vilket visas i bilaga 1 och 2.

Steg 4: Urvalsprocessen av artiklarna genomfördes via en systematisk exkluderingsprocess som omfattade två steg: en inledande screening av titlarna på artiklarna i sökresultaten, och efter titelscreeningen granskades abstracten för att hitta de potentiellt relevanta artiklarna till studien. Titel och abstract lästes både individuellt men också gemensamt för att säkerställa objektivitet och därmed stärka studiens **giltighet** och **tillförlitlighet** (Lincoln & Guba, 1985, s. 319-323).

Steg 5: En slutgiltig fulltextanallys genomfördes av de artiklar med abstract som bedömdes var mest lämpliga för studiens syfte. Fulltextanalysen baserades efter vissa aspekter. Aspekterna som användes för att analysera artiklarna var: designen på artiklarna, syfte, artiklarnas urvalsprocess och hur författarna hade hanterat etiska aspekter i respektive studie. Detta för att säkerställa att de valda artiklarna var vetenskapligt kvalitativa och trovärdiga för att kunna användas i denna studie. Genom att analysera artiklarna med detta tillvägagångssätt kunde **tillförlitligheten** till denna studie stärkas (Polit & Beck, 2021, s. 154). Dessa utvalda artiklar granskades i sin helhet och efter genomförandet av exkluderingsprocessen valdes 10 artiklar. Lincoln och Guba (1985, s. 319-323) nämner att objektivitet är viktigt för att minska risken för forskningsbias samtidigt som det stärker **verifierbarheten** och **trovärdigheten**. För att undvika detta har studierna lästs individuellt, sedan läste studierna tillsammans och diskuterade över dess innehåll för att minska risken för bias och subjektiva tolkningar. Därefter presenterades och diskuterades de identifierade fynd och teman där likheter och sammankopplingar var påvisbara, vilket härleder till att analyserna har varit essentiellt objektiva. Denna uppnådda objektivitet är vad som stärker studiens **giltighet**.

Steg 6: För att öka studiens transparens och tillförlitlighet skapades en artikelmatris (se bilaga 4). Tydlig dokumentation av de utvalda artiklarna ökar studiens tillförlighet och tillförlitlighet (Polit & Beck, 2021, s. 737). Artikelmatrisen etablerades även för att kunna belysa om artiklarna använde sig av relevanta kvalitativa metoder och tillvägagångssätt för en kvalitativ studie. Genom detta tillvägagångssätt kunde det säkerhetsställas att de utvalda studierna var relevanta för att använda vid denna studie. Enligt Firestone (1993) ökar **överförbarheten** om materialet innehåller rika och djupgående förklaringar/beskrivningar av studiemiljön och deltagarurvalet. Detta var påvisbart vid majoriteten av utvalda artiklar till denna studie.

Steg 7: Dessa artiklar genomgick en kvalitetsgranskning för att säkerställa kvaliteten i artiklarna. För att granska artiklarna användes SBU:S kvalitetsgranskningsmall, vilket bedömer kvaliteten i artiklarna genom att ta hänsyn till komponenter som artiklarnas syfte och datainsamling (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022). Denna mall användes eftersom den är en väletablerad och statligt sanktionerad kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa studier. Denna mall användes då de ansåg att den var lämplig eftersom den bedömer artiklarnas metodologiska kvalitet. Detta leder till att minska risken för bias i granskningsprocessen samtidigt som den kan leda till ökad transparens och **tillförlitlighet** (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017). I enlighet med Lincoln och Gubas kvalitetskriterier (1985, s. 304-309) har kamratgranskningsmetoden använts (peer-debriefing), det vill säga att arbetet har fått granskas av utomstående och opartiska kollegor för att öka studiens **tillförlighet** och **trovärdighet**. Ytterligare har triangulering använts genom att flera olika källor och metoder har använts och granskats för att bekräfta vår slutsats.

Steg 8: Till den tematiska analysen användes Braun och Clarkes (2024) analysmodell. Med denna modell analyserades relevanta utdragna textdelar utifrån samtliga artiklar, där de senare differentierades i olika

teman och subteman som utgjorde resultatets två delar. Textdelarna som valdes ut ur artiklarna var relevanta då de endast berörde personernas upplevelser av egenvården vid hjärtsvikt, vilket stärker resultatets **verifierbarhet** (Polit & Beck, 2021, s. 569). Utdragen fick inte utformas från citat från studierna eftersom intervjuerna inte genomfördes inom ramen för denna studie, vilket kan medföra en risk för att kontexten kan omedvetet förvrängas. Resultaten av kvalitetsgranskningen redovisas i en artikelmatris (bilaga 4). Genom att redovisa resultaten av kvalitetsgranskningen stärks transparensen i analysen samtidigt som det bidrar till att öka **giltigheten**, **verifierbarheten** och **tillförligheten** i studien (Polit & Beck, 2021, s. 570). Korrekt referenshantering i enlighet med APA har använts i denna studie (The American Psychology Association) (Södertörns högskola, 2021).

Steg 9: Slutligen sammanställdes fynden av samtliga vetenskapliga artiklar som baserades på den tematiska analysen, till ett sammanhängande resultat som besvarar syftet. Eftersom nya vetenskapliga artiklar och forskning publiceras dagligen, kan detta leda till att det blir svårt att överföra studiens resultat i annan miljö, vilket påverkar **överförbarheten** för denna studie. Det måste tillkännages att denna studie är författarnas första studie. Detta medför att författarna möjligtvis saknar erfarenhet och kompetens till att skickligt utforma en vetenskaplig studie på professionell nivå, vilket i sin tur kan påverka studiens **trovärdighet**. Enligt Polit och Beck (2021, s. 571) ökar studiens kvalitet och **tillförlitlighet** genom att forskarna har använt sig av intensivt lyssnande, inspelade intervjuer samt att inspelningarna transkriberades. Även primärkällor och peer-reviewed artiklar användes för att stärka resultatets kvalitet och **trovärdighet**. I enlighet med Lincoln och Gubas kvalitetskriterier (1985, s. 318-320) etablerades ett tydligt revisionsspår för att öka studiens **giltighet** och **tillförlitlighet**. En transparent kedja av bevis i form av data är tydligt dokumenterat och refererat genom studiens gång för att bekräfta och stödja resultatet och påvisa att den är internt sammanhängande, vilket stärker studiens **verifierbarhet**.

Metodologiska förbättringsförslag diskuterades efter utförandet av samtliga steg. En konsensus uppstod angående hur kvaliteten på denna studie säkerligen hade kunnat förbättrats om denna studie höll i sina egna intervjuer av deltagare. På detta sätt hade vi kunnat uppnått en djupare insikt av personernas upplevelser av egenvården. Som tidigare nämnt är detta författarnas första vetenskapliga studie, och ett tekniskt och vetenskapligt förhållningssätt på denna nivå är något författarna inte är vana vid. Samtliga sökningar i databaserna var väldigt enkla och mer nyanserade sökord hade möjligtvis gett fler passande artiklar för att bruka. Även en tredje databas hade möjligtvis medfört fler relevanta artiklar vid sökningarna.

Resultatdiskussion

Utifrån litteraturstudiens resultat framkommer det att hjärtsviktssymtomen utgör en central belastningsfaktor för personerna i deras vardag. Denna belastningsfaktor har fått ganska betydande konsekvenser för hur personer upplever deras vardag och förutsättningar för en effektiv egenvård. De symtomen som har en betydlig belastning för personer är fysisk svaghet, trötthet och andfåddhet vilket resulterar i att dessa symtom hindrar personerna från att sköta sin egenvård och det dagliga livet. Detta leder då till att personer med hjärtsviktssymtom upplever sig som en börda för familjen och närstående då de behöver hjälp för att kunna hantera egenvården och det dagliga livet. Personerna upplevde stor emotionell stress relaterat till egenvården. Hopplöshet, skuld, skam, frustration och känslan av att vara en börda för andra var negativa känslor som var påvisbart bland samtliga personer. Egenvården upplevdes vara belastande och begränsande och medförde psykologiska svårigheter, speciellt för personer med närstående som stöd i det dagliga livet. Egenvården tenderade att vara förvirrande för många personer när nya rutiner och komplicerade vårdplaner behövde implementeras i det redan etablerade vanemässiga dagliga livet.

Ett annat intressant fynd som har setts i resultatet är faktumet att personer tenderade att ha det svårt för kostbegränsningarna, på grund utav tidigare kostvanor och sociokulturell bakgrund. Detta bekräftar Sedlar et al (2021) i sin artikel där de påpekar att personer tillagar mat enligt deras kulturella bakgrunder, där maten kanske berikas med salt. Personernas vana vid en viss typ av

traditionell kost leder ofta till dålig följsamhet, speciellt när de nya kostrestriktionerna medför att maten anses vara smaklös och främmande. Vissa familjer kan ha en konservativ eller patriarkal struktur där kvinnan är den som tillagar maten i hushållet, vilket leder till i detta fall, att mannen som möjligtvis lider av hjärtsvikt inte kontrollerar utformningen av kosten. Willman (2019, s. 33-40) nämner i bärande begreppet hälsa att hälsa är ett multifaceterat begrepp som kräver ett holistiskt perspektiv av personen, och att detta holistiska perspektiv spelar en väsentlig roll i hur hälsa främjas och omvårdnadsarbete borde utformas för personen. Det är av stor betydelse för personen att kostrestriktioner utformas med hänsyn denna sociokulturella bakgrund. Genom att anpassa kostråden till personens kulturella och sociala förutsättningar kan det främja hälsa och compliance till egenvården, vilket är avgörande för en långsiktig och hållbar vård. Orem (2001, sid. 55-60) nämner att sjuksköterskan kan främja personens egenvård, som tidigare nämnt i bakgrunden, genom att förhålla sig till vissa metoder. Metoder som att vägleda och dirigera, att skapa hälsosamma strukturer och realistiska mål, samt att ge fysiskt och psykologiskt stöd är viktiga för främjandet av egenvården och i sin tur hälsa. Just därför anses även matråd vara en vital del inom egenvårdsprocessen, som enligt resultatet verkar vara något som tenderar att utebli i vårdplanen.

Ytterligare en aspekt som var av intresse var faktumet att hopplöshet var en känsla som var prevalent bland många personer. Kınıcı och Gürdoğan (2022) bekräftar att nivån av hopplöshet är väldigt hög och prevalent bland personer med hjärtsvikt. Denna känsla leder till försvårad funktionsförmåga, livskvalitet och bristande compliance till egenvården. Hopplösheten kunde i vissa fall, paradoxalt nog, leda till en viss befrielse och uppskattning av livet. Vissa personer, trots följsamhet till egenvården, försämrades i deras allmäntillstånd. Detta ledde till att vissa personer upplevde hela processen som lönlös och valde att helt försumma egenvården och spendera sin kvarvarande tid på familj, vänner och sådant som personen ansåg vara viktigt i livet. Vid en återgång till de bärande begreppen framkom intressanta förklaringar till detta. Likt tidigare förklarar Willman (2019, s. 33-40) att människan måste beskådas som en fri person med den mentala kapaciteten att göra välinformerade val i livet. Även Ricoeur (1992/1990, refererad i Öhlén & Friberg 2019, s. 318) påpekar att personen är kapabel och dess sårbarhet som människa. Öhlén och Friberg (2019, s. 324–327) förklarar vidare att livets gång inte präglas av individualism utan snarare samhörighet och interaktioner med andra. Situationer i livet som tenderar att ge upphov till beteende och identitetsförändringar hos personer är sjukdom, samt att det kan leda till att personen utvecklar nya perspektiv på livet. Med detta i åtanke blir det tydligt att trots att personen ibland kan göra val som kan tolkas som “slarv”, “lathet” eller “ologiskt”, besitter personer fortfarande kapaciteten och inte minst friheten att utforma sitt liv enligt deras önskemål och ambitioner. Den sociala aspekten spelar en minst lika stor roll för människan som den individuella hälsan, om inte mer, och borde även omhändertas och tas i beaktning med stor respekt. Då sjukdom kan leda till plötslig beteendeförändring är det relevant att personen erbjuds samtal med kuratorer eller liknande för att säkerhetsställa att personen inte har tagit förhastade beslut gällande sin vård och att valen de har gjort är välgrundade och inte baserade på temporära emotionella svängningar.

Ett resultat som framkom och som väckte särskilt intresse var att det främsta orsaken till bristande följsamhet till egenvården hos personer med hjärtsvikt, alltså dålig compliance, var på grund av fysisk svaghet och uttalad trötthet relaterat till sjukdomens symtom. Detta resultat framstår som betydelsefullt eftersom det belyser att låg compliance inte primärt handlar om bristande vilja eller motivation, utan att det handlar om i många fall att patienterna inte är fysisk kapabla att genomföra nödvändiga egenvårdsåtgärder. Detta skapar ett betydande dilemma inom vården, då patienterna ofta eftersträvar god följsamhet men deras fysiska tillstånd och kapabilitet begränsar möjligheten, vilket i sin tur bidrar till negativa hälsokonsekvenser för personen. Ingram (2009) betonar också på att bristande följsamhet kan utgöra negativa konsekvenser för patienthälsan. Ingram (2009) framhåller dessutom att låg compliance bidrar till en progression av den underliggande sjukdomen och kan medföra försämrade behandlingsresultat. Detta skapar en ond cirkel där patienterna strävar efter god följsamhet men hindras av sina fysiska begränsningar, den bristande följsamheten bidrar i sin tur till

negativa hälsokonsekvenser och försämrat hälsotillstånd, vilket ytterligare ökar behovet av egenvården som patienterna samtidigt har svårt att upprätthålla relaterad till fysisk svaghet. Studien från Sampaio et al., (2018) presenterar liknande resultat, där fysiska begränsningar och uttalad trötthet hindrar personers möjlighet att upprätthålla god följsamhet. Även Orem (2001) bekräftar detta då han betonar hur nedsatt fysisk begränsning utgör en grundläggande faktor som minskar personers möjlighet att utföra nödvändiga egenvårdshandlingar. För att säkerställa att vården blir personcentrerad framhåller Socialstyrelsens nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård (2018) att vården ska individanpassas utifrån personens särskilda förutsättningar och att omsorgen ges med respekt. Eftersom bristande följsamhet till egenvården beror på personens fysiska svaghet och trötthet relaterat till hjärtsvikten, blir den individanpassande vården avgörande och centralt. Vilket innebär att sjuksköterskan inte bara ska se patienten bakom sjukdomen, utan måste ta hänsyn till personen och dess kapacitet samt förutsättningar. Öhlén och Friberg (2019, s. 325-327), som tidigare nämnt i bakgrunden, nämner i bärande begreppet Person att det är betydelsefullt när sjuksköterskan kan se patienten som en hel person än enbart sjukdomen. När sjuksköterskan kan se personen framför patienten kan det säkerställa att vården som ges blir personcentrerad. På detta vis blir personens resurser och kapacitet i fokus snarare än enbart sjukdomen. Genom att fokuset läggs på personens egna styrkor och kapacitet skapas förutsättningar för att personen blir mer aktiv i sin egen vårdprocess, vilket stärker autonomi och kontroll av sin hälsa. Utöver detta kan det också öka motivationen och följsamheten till livsstilsförändringar och vårdinsatser. Detta skapar då ett personcentrerad vård vilket blir både mer hållbart och individanpassad vård utkomst. Krówczyńska & Jankowska-Polańska (2020) betonar på sjuksköterskan centrala roll i dessa situationer. De framhåller att patientutbildning inom hantering och igenkänning av symtom är avgörande, då det kan leda till tidig identifiering och behandling av symtomen som kan minska fysisk svaghet, vilket kan främja god följsamhet till egenvården.

SLUTSATSER

Denna litteraturstudie syftade till att belysa patienternas upplevelser av egenvården för att eventuellt kunna förbättra hälso- och sjukvården. Resultatet visar att personerna upplever negativa känslor och därför inte är följsamma till egenvården, varav detta främst grundar sig i anpassningar till en ny livsstil och fysisk nedsatthet relaterat till hjärtsviktssymtomen. Genom att sammanföra resultat från flera vetenskapliga forskningar belyser denna litteraturstudie centrala aspekter av egenvården hos personer med hjärtsvikt för att fördjupa förståelsen för patienters vardagliga utmaningar och för att förse sjuksköterskor med evidensbaserade underlag för att optimera omvårdnaden. Inom kliniken kan sjuksköterskans förståelse för utmaningar av egenvården vid hjärtsvikt fördjupas genom att systematiskt samla in och analysera upplevelser av symtom och begränsningar, vilket sjuksköterskan kan integrera med de kliniska bedömningarna för att få en bredare förståelse. Ett exempel på ett tillvägagångssätt som sjuksköterskan kan göra är att istället för att endast förklara vad personerna inte får förtära, är att rekommendera till alternativa rätter och kryddor för att göra ändringarna mer anpassningsbara samtidigt som det kan öka compliance för egenvården. Ett annat exempel är att integrera fysioterapeut i tidigt skede. Då varje person har unika behov och fysiskkapacitet går det inte att rekommendera generella riktlinjer. När sjuksköterskan integrerar fysioterapeuten leder det till att behandlingen blir personcentrerad därmed leda till ökad compliance och förbättrad hälsa. På detta vis säkerställer sjuksköterskan att omvårdnaden blir personcentrerad där egenvården anpassas utifrån de specifika behoven och förutsättningarna personen har. Fortsatt forskning inom detta område behövs för att underlätta och förbättra compliance relaterat till personer med hjärtsvikt, vilket i sin tur utgör en stor samhällsnytta då hälsa främjas, kostnader sjunker och det mänskliga lidandet minskas. Med fortsatt forskning kan det även leda till bättre förståelse av personers erfarenhet av egenvård vid hjärtsvikt. Denna kunskap kan integreras inom sjuksköterskeutbildningen för att ge en solid grund och stärka sjuksköterskors framtida kompetens.

REFERENSER

*Bahrodi, P. S., Safa, A., Ajorpaz, N. M., & Avanji, F. S. I. (2024). Heart failure patients' experiences of self-care neglect: a content analysis. *BMC cardiovascular disorders*, *24*(1), 736. https://doi.org/10.1186/s12872-024-04347-3

Bengtsson, J. (2005). Med livsvärlden som grund. I J.Bengtsson (red.). *En livsvärldsansats för pedagogisk forskning*. (2:a omarb. Uppl., s. 9-58). Studentlitteratur

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. Sage

*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), 474–485. https://doi.org/10.1007/s12529-019-09798-z

Fejes, A., & Thornberg, R. (2025). *Handbok i kvalitativ analys*. Liber.

Fine, N. M. (2025). *Chronic Heart Failure*. MSD Manual Professional Edition; MSD Manuals. Hämtad 2 december 2025 från: https://www.msdmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/heart-failure/chronic-heart-failure?gl=1

Firestone, W. A. (1993). Alternative arguments for generalizing from data as applied to qualitative research. *Educational Researcher*, *22*, 16–23. https://doi.org/10.3102/0013189X022004016

Forsberg, C & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur och kultur.

Gerrish K. (2000). Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society. *Journal of advanced nursing*, *32*(1), 91–99. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01455.x

*Graarup, J., & Højskov, I. E. (2022). A New Normality Illuminated by Past and Present! A Qualitative Study: Experiences and Challenges of Everyday Life in Patients With Advanced Heart or Lung Failure. *Global qualitative nursing research*, *9*, 23333936221140374. https://doi.org/10.1177/23333936221140374

Groenewegen, A., Rutten, F. H., Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2020). Epidemiology of heart failure. *European journal of heart failure*, 22(8), 1342–1356. https://doi.org/10.1002/ejhf.1858

Hjalmarsson, C. (2024). *Hjärtsvikt*. Hämtad 20 november 2025 från https://lakemedelsboken.se/terapiomraden/hjart--och-karlsjukdomar/hjartsvikt/

Ingram, T. L. (2009). Compliance*: A Concept Analysis*. *Nursing Forum*, 44(3), 189–194. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00142.x

International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Hämtad 23 mars 2025 från https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H. B., Castiello, T., Čelutkienė, J., Marques-Sule, E., Plymen, C. M., Piper, S. E., Riegel, B., Rutten, F. H., Ben Gal, T., Bauersachs, J., Coats, A. J. S., Chioncel, O., Lopatin, Y., Lund, L. H., Lainscak, M., Moura, B., & Mullens, W. (2021). Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, *23*(1), 157–174. https://doi.org/10.1002/ejhf.2008

Karolinska Institutet (u.å) *Vad är nyttan med MeSH-termer*. Hämtad 29 Mars 2025 från https://mesh.kib.ki.se/info/vad-ar-nyttan-med-mesh-termer

Kınıcı, E., & Gürdoğan, E. P. (2022). Hopelessness, Health Behaviors, and Quality of Life in Patients with Chronic Heart Failure. *Journal of Education & Research in Nursing / Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 19(1), 49–55. https://doi.org/10.5152/jern.2022.79745

Krówczyńska, D., & Jankowska-Polańska, B. (2020). Nurses as educators in the comprehensive heart failure care programme-Are we ready for it?. *Nursing Open*, *7*(5), 1354–1366. https://doi.org/10.1002/nop2.507

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.

Metra, M., & Teerlink, J. R. (2017). Heart failure. *The Lancet*, *390*(10106), 1981–1995. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31071-1

*Min, D., Lee, J., & Ahn, J. A. (2023). A Qualitative Study on the Self-Care Experiences of People with Heart Failure. *Western journal of nursing research*, *45*(7), 646–652. https://doi.org/10.1177/01939459231169102

*Negarandeh, R., Aghajanloo, A., & Seylani, K. (2020). Barriers to Self-care Among Patients with Heart Failure: A Qualitative Study. *Journal of caring sciences*, *10*(4), 196–204. https://doi.org/10.34172/jcs.2020.026

*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

Olano-Lizarraga, M., Oroviogoicoechea, C., Errasti-Ibarrondo, B., & Saracíbar-Razquin, M. (2016). The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of literature. *Journal of clinical nursing*, *25*(17-18), 2413–2429. https://doi.org/10.1111/jocn.13285

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.

Ricœur, P. (1994). *Oneself as another* (K. Blamey, övers.). The University Of Chicago Press.

Riegel, B., Barbaranelli, C., Carlson, B., Sethares, K. A., Daus, M., Moser, D. K., Miller, J., Osokpo, O. H., Lee, S., Brown, S., & Vellone, E. (2019). Psychometric Testing of the Revised Self-Care of Heart Failure Index. *The Journal of cardiovascular nursing*, *34*(2), 183–192. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000543

Sampaio, C., Renaud, I., & Ponce Leão, P. (2018). "When illness dictates who I am": A hermeneutic approach to older adults with heart disease. *Nursing forum*, 10.1111/nuf.12258. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/nuf.12258

*Seah, A. C., Tan, K. K., Huang Gan, J. C., & Wang, W. (2016). Experiences of Patients Living with Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, *27*(4), 392–399. https://doi.org/10.1177/1043659615573840

Sedlar, N., Lainscak, M., & Farkas, J. (2021). Self-care perception and behaviour in patients with heart failure: A qualitative and quantitative study. ESC Heart Failure, 8(3), 2079–2088. https://doi.org/10.1002/ehf2.13287

*Sedlar, N., Lainscak, M., & Farkas, J. (2020). Living with Chronic Heart Failure: Exploring Patient, Informal Caregiver, and Healthcare Professional Perceptions. *International journal of environmental*

research and public health, *17*(8), 2666. https://doi.org/10.3390/ijerph17082666

*Sevilla-Cazes, J., Ahmad, F. S., Bowles, K. H., Jaskowiak, A., Gallagher, T., Goldberg, L. R., Kangovi, S., Alexander, M., Riegel, B., Barg, F. K., & Kimmel, S. E. (2018). Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *Journal of general internal medicine*, *33*(10), 1700–1707. https://doi.org/10.1007/s11606-018-4542-3

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*. Hämtad den 15 december 2025 från https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. Hämtad den 25 november 2025 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Stienavo, A., & Tschudin, V. (2019). The ICN code of ethics for nurses: a time for revision. *International nursing review*, *66*(2), 154–156. https://doi.org/10.1111/inr.12525

Strömberg, A. (red.). (2005). *Vård vid hjärtsvikt*. Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening (2024). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 22 mars 2025 från https://swenurse.se/download/18.2f2788b8191974f2f813ffbd/1725460671134/Va%CC%88rdegrund%20fo%CC%88r%20omva%CC%8Ardnad.pdf

Södertörns Högskola (2021). *Referenser enligt APA-systemet: Guide för Röda Korsets Högskola och Södertörns Högskola*. Hämtad den 27 november 2025 från https://www.sh.se/appresource/4.46ffb4bf1643b6f9fb01182/12.381e53831924c4b83fa1909/download?documentId=01UQV6L7TE6C2OLFFROJHKGSQHYKGQ7T52&documentLibrary=b!Sd1kcrT5VEWkwO4W9o1_Vwa-wTMWsXxGqWL6EvVaM-KbHzFMgn4VS7D9r9tD0Hoo&name=Referenser%20enligt%20APA-systemet.pdf

Tanai, E., & Frantz, S. (2015). Pathophysiology of Heart Failure. *Comprehensive Physiology*, *6*(1), 187–214. https://doi.org/10.1002/cphy.c140055

*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), 75. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01231-x

Vetenskapsrådet (2025). *Etik i forskningen och god forskningssed*. Hämtad 27 november 2025 från https://www.vr.se/uppdrag/etik/etik-i-forskningen.html

Wikström, G. (red.). (2014). *Hjärtsvikt: fysiologi, diagnostik, behandling och omvårdnad*. Studentlitteratur.

Willman, A. (2019). Hälsa och välbefinnande. I A.-K. Ehrenberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (3. uppl., s. 31–47). Studentlitteratur.

World Health Organization. (2022). *Nursing and Midwifery*. Hämtad 28 mars 2025 från https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab1

World Medical Association (2024). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants*. Hämtad 27 november 2025 från https://www.wma.net/policies_post/wma-declaration-of-helsinki/

Öhlén, J. & Friberg, F. (2019). Person. I F. Friberg & J Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 313–334). Studentlitteratur.

BILAGOR

BILAGA 1. Sökmatris Cinahl

Databas, Datum, Sökning	Sökord	Begränsningar	Antal Träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel
Cinahl 05/11-2025 S1	Patient* OR Human	Inga	4 173 451	0	0	0	0	0
Cinahl 05/11-2025 S1	Experience OR Perspective	Inga	602 487	0	0	0	0	0
Cinahl 05/11-2025 S1	Heart failure	Inga	34 808	0	0	0	0	0
Cinahl 05/11-2025 S1	Self care OR Self Management	Inga	67 580	0	0	0	0	0
Cinahl 05/11-2025 S1	S1, AND S2, AND S3, AND S4	Full text Peer review Original artiklar 10 år Engelska	30	30	*10	**7	***4	#1 #2 #3 #4

* 20 artiklar saknade relevans för studiens syfte. Dessa artiklar handlade inte om patientens perspektiv eller egenvård. Artiklarna var skrivna utifrån ett sjuksköterska/läkarperspektiv eller handlade om tekniska hjälpmedel/diagnostikverktyg.

** Granskning av abstract påvisade att 3 av dessa artiklar inte var originalartiklar eller saknade relevans för studiens syfte.

*** 3 artiklar försummades då dem, vid mer djupgående läsning, inte var relevanta för studiens syfte.

BILAGA 2. Sökmatris PubMed

Databas, Datum, Sökning	Sökord	Begränsningar	Antal Träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel
PubMed 05/11-2025 S1	Patient* OR Human	Inga	25 587 118	0	0	0	0	0
PubMed 05/11-2025 S2	Experience OR Perspective	Inga	2 120 330	0	0	0	0	0
PubMed 05/11-2025 S3	Heart failure [MeSHTerms]	Inga	162 362	0	0	0	0	0
PubMed 05/11-2025 S4	Self care OR Self Management	Inga	368 014	0	0	0	0	0
PubMed 05/11-2025 S5	S1, AND S2, AND S3, AND S4	Full text Peer review Original artiklar 10 år Engelska	345	345	*55	**17	***6	#5 #6 #7 #8 #9 #10

* Av de lästa titlarna exkluderades 290 då de inte var relevanta till studiens syfte. Dessa artiklar saknade patientperspektiv och fokuserade inte på patienter med hjärtsvikt.

** Granskning av abstract påvisade att 38 av dessa artiklar inte var originalartiklar eller saknade relevans för studiens syfte.

*** 11 artiklar användes inte då dem var irrelevanta för att besvara studiens syfte.

BILAGA 3. Granskningsmodell från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:
Obetydliga eller mindre ❑ Måttliga ❑
Stora brister, studien ingår inte i syntesen ❑

Kommentarer:

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien[1]

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

	Ja	Nej	Oklart
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	❑	❑	❑

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	❑	❑	❑
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

	Ja	Nej	Oklart
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	❑	❑	❑
Validerades tolkningarna?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	❑	❑	❑
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

BILAGA 4. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	**Titel**	**Syfte**	**Metod (Design, urval, datainsamling, analys**	**Resultat**	**Kvalitet**
#9 **Bahrodi, Safa, Ajorpaz & Avanji** **2024** **BMC Cardiovascular Disorders** **Iran**	Heart failure patients' experiences of self-care neglect: a content analysis.	Att upplysa patienters erfarenheter av att försumma egenvården vid hjärtsvikt.	**Design**: Kvalitativ studie med konventionell innehållsanalys. **Urval**: 15 patienter med hjärtsvikt, medelålder 66 år. **Datainsamling**: Semi-strukturerade individuella intervjuer. **Analys**: Konventionell innehållsanalys med Zhangs 8 stegs tillvägagångssätt.	Resultatet presenterades i fyra huvudkategorier: "Falska kulturella övertygelser om egenvård", "synergi av fysiska problem", "olämpligt stöd" och "försvagning av mental-psykologisk kraft". Vårdare kan öka följsamheten hos patienter genom kunskap av dessa faktorer.	Hög
#3 **Chew, Sim, Cao & Chair** **2019** **International Society of Behaviral Medicine** **Singapore**	Motivation, Challenges and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: a Theory-Driven Qualitative Study.	Utforska deltagarnas motivationer, självregleringsstrategier och utmaningar för att förbättra egenvården	**Design**: Deskriptiv kvalitativ innehållsanalys. **Urval**: Målmedvetet urval av 17 patienter med hjärtsvikt, rekryterades från både öppen och slutenvårdsavdelningar. **Datainsamling**: Ostrukturerade ansikte-mot-ansikte intervjuer. **Analys**: Sexfasig tematisk analys.	Resultatet bestod av fem huvudteman och tolv subteman. Huvudteman som framkom var följande: "Övervägande av familjens framtid", "Betraktning av det egna förflutna", "Fatalistisk betraktning av egen framtid", "Svårigheter att anta fysisk aktivitet", Svårigheter att avvika från personliga kostvanor och sociokulturella kostnormer". Teman innehåll följande underteman: "För att förebygga oro och sorg", "För att försörja familjen", Att rätta till orättvisorna", Att återfå Känslan av normalitet", Upplevd kort kvarvarande livslängd";	Hög

				Hjälplöshet”, Tidskrävande och tråkigt – att integrera fysisk träning i vardagen och roliga aktiviteter”; Rädsla för överansträngning – självövervakning”, Bekvämlighet med att äta ute eller anpassningar av takeaway-mat”, ”Färdiglagad mat och fientlighet som möts när man gör kostförfrågningar – hemlagad för familjen och matlagning för sig själv”, ”Respekt för kocken och andra gäster – skadekontroll” och ”ohälsosamma matvanor – ignorera, distrahera, ersätta och kognitiv omformulering”.	
#2 **Graarup, J. & Højskov, I. E., 2022** **Global Qualitative Nursing Research. Danmark**	A New Normality Illuminated by Past and Present! A Qualitative Study: Experiences and Challenges of Everyday Life in Patients With Advanced Heart or Lung Failure.	Att få insikt i vardagslivets fenomen, som de upplevs och hanteras av patienter som lever med framskriden hjärt- eller lungsvikt	**Design**: Kvalitativ studie med fenomenologisk hermeneutisk ansats. **Urval**: 10 patienter (7 män, 3 kvinnor, medelålder 52 år) med svår hjärtsvikt, rekryterade från en dansk kardiologisk avdelning. **Datainsamling**: Datainsamling via ljudinspelade konsultationer. Transkriberades ordagrant. **Analys**: Analyserades i tre steg: Naiv inläsning, strukturell tematisering och kritisk diskussion.	Resultatet innehöll fyra subteman vilket var följande: ”Att få en gåva med en moralisk skyldighet kopplad till”, ”Påverkan på olika aspekter av vardagslivet”, ”En ny normalitet i viktiga sociala kretsar” och ”Funktionsnedsättnings som en ständig följeslagare”.	Hög
#8 **Min, Lee & Ahn 2023** **Western Journal of Nursing Research**	A Qualitative Study on the Self-Care Experiences of People with Heart Failure.	Att utforska självvårdsupplevelser och känslor hos personer med hjärtsvikt	**Design**: Kvalitativ deskriptiv studie. **Urval**: 10 patienter mellan åldrarna 68-89 rekryterades från universitetssjukhus.	Författarna identifiera fem teman vilka var: ”Plötsligt diagnosticerad med hjärtsvikt”, ”Oförutsägbara symtom och oförberedd på egenvård”, ”Beroende av en	Medel

Sydkorea			**Datainsamling**: Semistrukturerade intervjuer. **Analys**: Tematisk innehållsanalys.	omtänksam familj på en hjärtskärande uppförsbacke", "Egenvårdsinsatser med oro" och "Fortsatt egenvårdsinsatser med experthjälp". Dessa teman innehöll elva subteman vilka var följande: "Oro för oväntad hjärtsviktsdiagnos", "Känslor av självövergivande", "Kan inte träna på grund av förvärrade symtom"; Kämpar med en osmaklig men terapeutisk kost", "Knappt hanterade jag den ökade stressen", "Tillstånd som är beroende av hjälp från familjevårdaer", "Att rida på en gungbräda av konflikt med och tacksamhet för familjen", "Försöker återgå till ett normalt liv med vetskap om risken för försämring", " Vardaglig anpassning i egenvårdsstrategier", "Daglig anpassning genom att söka expertkunskap" och "I behov av professionell rådgivning och tröst".	
#10 **Negarandeh, Aghajanloo & Seylani** **2020** **Journal of Caring Sciences** **Iran**	Barriers to Self-care Among Patients with Heart Failure: A Qualitative Study.	Att undersöka de bakomliggande hinder för egenvården hos patienter med hjärtsvikt.	**Design**: Kvalitativ innehållsanalys **Urval**: 14 patienter med diagnostiserat hjärtsvikt. **Datainsamling**: Semi strukturerade intervjuer. **Analys**: Konventionell kvalitativ innehållsanalys genom Elo och Kyngnäs modell.	Resultatet av denna studie lyfte fram tre huvudkategorier som hinder mot egenvård: "Personliga faktorer", "Sjukdomsbörda" och "Ineffektivt stödsystem". Till dessa huvudkategorier följde nio underkategorier: "Bristande egenvårdskunskap", "Negativa känslor relaterade till hjärtsvikt", "Svårighet att ändra vanor",	Hög

				"Progressiv fysisk försämring", "Komorbida tillstånd", "Otillräckligt social stöd", "Ekonomisk påfrestning", "Vårdgivares bristande uppmärksamhet på egenvård" och "Begränsad tillgång till vårdgivare".	
#7 **Nordfonn, Morken, Bru & Husebø** **2019** **Journal of Clinical Nursing** **Norge**	Patients' experience with heart failure treatment and self-care—A qualitative study exploring the burden of treatment	Att utforska kroniskt hjärtsviktspatienters uppfattningar om bördan relaterad till behandling och egenvård.	**Design**: Kvalitativ beskrivande studie. **Urval**: 17 patienter med diagnostiserat hjärtsvikt bekräftad med ekokardiografi rekryterades vid ett universitetssjukhus i Norge. **Datainsamling**: Semistrukturerade intervjuer **Analys**: Innehållsanalys med Systematiskt textkondensering (STC).	Två huvudteman identifierades: "Känslomässiga utmaningar" och "Problem med egenvård". Följande sju underteman var kopplade till huvudteman: "En ny livssituation", "övervakning av kropssignaler", "svåra övergångar", "skuldkänslor", "bristfällig vårdsamordning", "brist på information och utbildning" och "problem med läkemedel".	Hög
#1 **Seah, Tan, Gan & Wang** **2016** **Journal of Transcultural Nursing** **Singapore**	Experiences of Patients Living with Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study	Att utforska upplevelser, behov och copingstrategier hos patienter med hjärtsvikt	**Design**: Deskriptiv kvalitativ design. **Urval**: Målinriktad urval av 15 patienter från 2 kardiologiska avdelningar. **Datainsamling:** Semistrukturerade ansikte-mot-ansikte intervjuer. **Analys**: Innehållsanalys med induktiv ansats.	Fyra huvudkategorier identifieras. "Upplevda orsaker, manifestationer och prognos", "Att uthärda känslor", "Hantering av tillståndet" och "Behov från vårdpersonal". Följande subkategorier identifierades: "Inneboende orsaker och yttre hot"; "Symtommanifestation"; "Ambivalens mellan sjukdom och normalitet", "Tvetydighet i prognosen", Känslor av negativa känslor", "Att vara en börda för familjen", "Att balansera mellan liv och död", "Acceptans", "Att gå igenom livets framgångar", Att	Hög

				hålla fast vid andligheten", " Egenvården med stöd", " Förtroende för vårdteamet", "Informations- och stödbehov".	
#6 **Sedlar, Lainscak, Farkas.** **2020** **International Journal of Environmental Research and Public Health** **Slovenia**	Living with Chronic Heart Failure: Exploring Patient, Informal Caregiver, and Healthcare Professional Perceptions	Att undersöka erfarenheter och perspektiv hos patienter med hjärtsvikt, deras närstående och vårdpersonal för att kartlägga behov och hinder som har en påverkan på möjligheterna till en optimal egenvård	**Design:** Kvalitativ studie **Urval:** 32 Patienter med klinisk diagnos av hjärtsvik **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer **Analys:** Konventionell innehållsanalys	Resultatet grupperades i fyra huvudkategorier: "Påverkan av sjukdomen på vardagslivet", "hinder för egenvården", "psykologiska och sociala stöds svårigheter" och "mottagen vård på hjärtsviktskliniken". Vanligaste hindren för egenvård av hjärtsvikt var svårigheten att ändra livsstil, ekonomiska svårigheter, bristande självförtroende vid fysisk aktivitet och traditionell kost.	Hög
#5 **Sevilla-Cazes, , Ahmad, Bowles., Jaskowiak, Gallagher, Goldberg, Kangovi, Alexander, Riegel,, Barg & Kimmel** **2018** **Journal of General Internal Medicine** **USA**	Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective	Att undersöka hjärtsviktspatienters utmaningar av egenvård i hemmet och bakomliggande orsaker för återinläggning.	**Design**: Obeservativ kvalitativ studie **Urval**: 31 patienter med hjärtsviktsdiagnos som återinläggs. **Datainsamling**: Individuella semistrukturerade intervjuer och intervjuer i fokusgrupper. **Analys**: Kvalitativ data analys med grundad teori ansats.	Två huvudteman framträdde vilka var: "Hantering i hemmet som en kamp mellan följsamhet och anpassning" och "Återinläggning på sjukhus som ett rationellt val som svar på plågsamma symtom".	Hög

#4 **Turrise, Hadley, Kuhn, Lutz & Heo 2023** **BMC Nursing** **USA**	A snapshot of patient experience of illness control after a hospital readmission in adults with chronic heart failure	Utforska upplevelser, uppfattningar och sjukdomskontroll av personer med hjärtsvikt.	**Design:** Tematisk analys med kvalitativ ansats. **Urval:** Målmedvetet urval av 10 deltagare med kronisk hjärtsvikt. **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer **Analys:** Komparativ dataanalys.	I resultatet identifierades två teman; ”strategier som används för att kontrollera hs” och ”hinder för att kontrollera hs”. Dessa teman innehöll totalt åtta subteman; ”Hantering av kostintag och medicinering”, ”Självförespråkande”, ”Övervakning av symtom”, ”Stöd”, ”Problem inom vårdsystemet”, ”Relationer och interaktioner mellan vårdpersonal”, ”Personliga egenskaper” och ”Kunskapsbrister”.	Hög

Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se