

När hjärtat slutar slå

Patientens upplevelser av hur livet
påverkas efter ett hjärtstopp

FÖRFATTARE	Lovisa Winlöf Viktoria Ohlsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ OM5250 Examensarbete-grundnivå VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Sköld
EXAMINATOR	Ingela Heno

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	När hjärtat slutar slå – Patientens upplevelser av hur livet påverkas efter ett hjärtstopp
Titel (engelsk):	When the heart stops beating – Patients´ experiences of how life is affected by a heart arrest
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180hp
Kursbeteckning:	OM 5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	30 sidor
Författare:	Lovisa Winlöf och Viktoria Ohlsson
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Ingela Henoch

SAMMANFATTNING

I Sverige drabbas varje år omkring 15 000 personer av hjärtstopp. Cirka 10 000 av dessa sker utanför sjukhus och 5 000 på sjukhus. Av de hjärtstopp som sker utanför sjukhus lyckas man rädda endast omkring 500. Av de som får ett hjärtstopp på sjukhus överlever omkring 30-40 procent. Att vara med om ett hjärtstopp är en traumatisk upplevelse som ger nya perspektiv på livet och kan ses som en transition från frisk till sjuk där en individs livsvärld och livskvalitet påverkas. Att överleva ett hjärtstopp är ovanligt och majoriteten klarar sig inte. Hur påverkar denna upplevelse patientens upplevda livskvalitet och vilken typ av stöd kan dessa individer behöva? Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa patientens upplevelse av och påverkan på livet efter ett hjärtstopp. Studien grundar sig på 13 vetenskapliga artiklar varav 4 kvalitativa och 9 kvantitativa som analyserades mot studiens syfte. I granskningen av artiklarna framkom tre huvudteman; *fysiska och psykiska förändringar*, *social samhörighet* samt *existentiella frågor*. Resultatet visade att patienter som drabbats utav ett hjärtstopp generellt sett har en god livskvalitet även om vissa har fysiska funktionsnedsättningar. Många uttryckte att de hade utvecklat en positiv syn på livet och försökte leva mer för dagen. Vid djupare analys av det som mätts i de studerade artiklarna framkom dock att en ansevärd del av hjärtstoppsoverlevarna upplever psykiska symtom så som PTSD, depression och ångest. Det framkom också att det finns ett behov att få prata med någon om sina upplevelser och att det skulle inge en större trygghet att få en uppföljning och kontinuitet i vården efter utskrivning. Det krävs en bättre kunskap kring hur sjuksköterskan kan fånga upp de individer som faktiskt har ett behov av stöd och vägledning.

Sökord: *Hjärtstopp, patientupplevelse, transition, livsvärld, livskvalitet, välbefinnande, omvårdnad*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
HJÄRTSTOPP, BAKOMLIGGANDE ORSAKER, BEHANDLING OCH VÅRD.....	1
Orsaker till hjärtstopp.....	2
Akut behandling	2
Vård efter ett hjärtstopp.....	3
OMVÅRDNADSASPEKTER OCH BEGREPP	3
Livsvärld och livsvärldsperspektiv.....	4
Livskvalitet och välbefinnande.....	4
TEORETISK REFERENSRAM	5
Transitionsteori – begrepp och perspektiv.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE.....	6
METOD.....	6
LITTERATURSÖKNING	7
KVALITETSGRANSKNING.....	8
FORSKNINGSETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	8
ANALYS.....	8
RESULTAT	9
FYSISKA OCH PSYKISKA FÖRÄNDRINGAR.....	9
Fysiska begränsningar	9
Trötthet	10
Depression och ångest	11
Att vara beroende av andra.....	11
SOCIAL SAMHÖRIGHET	12
Deltagande i samhället, arbete och fritid.....	12
Närstående och stöd.....	12
Upplevelser i mötet med hälso- och sjukvården.....	13
EXISTENTIELLA FRÅGOR	13
Syn på livet, döden och meningen med allt.....	13
Upplevelse av självet och identiteten	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15

RESULTATDISKUSSION	16
Livsvärlden	17
Livskvalitet och välbefinnande	18
Omvårdnadsaspekter	19
SLUTSATS	20
REFERENSER	21
BILAGOR	25
BILAGA 1 (söktabell)	25
BILAGA 2 (Mall för kvalitetsgranskning)	26
BILAGA 3 (Artikelöversikt)	27

INLEDNING

I Sverige drabbas varje år omkring 15 000 personer av hjärtstopp. Cirka 10 000 av dessa sker utanför sjukhus och 5 000 på sjukhus (Wikström, 2006). Av de hjärtstopp som sker utanför sjukhus lyckas man rädda omkring 500. Av de som får ett hjärtstopp på sjukhus överlever omkring 30-40 procent (HLR-rådet 2012a). Enligt årsrapporten från 2013 som publicerades av HLR-rådet (2013) är 31% av de som drabbas kvinnor och medelåldern hos de drabbade är 67år. Även om det är vanligast att äldre människor med bakomliggande hjärtsjukdom drabbas, kan det hända vem som helst, när som helst. I Sverige idag finns ett antal projekt vars mål är att öka överlevnaden vid hjärtstopp. Exempelvis SAMS-projektet (SAving More lives in Sweden) som syftar till att öka samarbetet mellan polis, räddningstjänst och ambulans för att förkorta framkörningstiden (HLR-rådet 2012b).

Båda författarna har arbetat som undersköterskor på en hjärtintensivvårdsavdelning vid ett universitetssjukhus. Patientflödet är stort och de flesta befinner sig i ett kritiskt tillstånd. Det finns både patienter som drabbats av hjärtstopp utanför sjukhuset som kommer in för eftervård och de som drabbas av hjärtstopp på avdelningen. Detta är något man får räkna med på denna avdelning. Som undersköterskor på avdelningen har vi fått ta del av hela omvårdningsförloppet från ett kritiskt läge till efterbehandlingen efter upphävt hjärtstopp och till dess patienten återhämtat sig och är stabil nog att lämna sjukhuset. Några frågor som blivit alltmer intressanta under fortsatt utbildning till sjuksköterskor är vad som händer när dessa patienter kommer hem. Hur har denna traumatiska händelse påverkat dem och livet? Vilka upplevelser har dessa patienter och kan de återgå till sitt tidigare liv innan hjärtstoppet och vilka ytterligare omvårdningsbehov och stöd behöver dessa patienter? Dessa reflektioner utgör grund för frågeställningarna i vår studie.

BAKGRUND

HJÄRTSTOPP, BAKOMLIGGANDE ORSAKER, BEHANDLING OCH VÅRD

Hjärtstopp eller hjärtstillestånd innebär ett cirkulationsstillestånd i hjärtat där det inte kan pumpa ut blod till kroppens vitala delar. Hjärtats pumpkraft försvinner och därmed även patientens blodtryck. Patienten blir snabbt medvetlös (Wikström, 2006). Att hjärt- och lungräddning sätts igång så fort som möjligt efter inträffat hjärtstopp är livsavgörande. För varje minut som går efter att en person drabbats av ett hjärtstopp ökar risken att dö med 10 procent (Hjärt- och lungfonden, 2014), medan omedelbar start av hjärt-lungräddning ökar möjligheten att överleva med nästan 300% (Wikström, 2006).

Orsaker till hjärtstopp

Den absolut största bakomliggande orsaken till plötsligt hjärtstopp är ischemisk hjärtsjukdom som utgör omkring 90% av fallen. Andra hjärtsjukdomar så som retledningsrubbingar, klaffsjukdomar och kardiomyopater kan också leda till hjärtstopp. Hjärtstopp som sker utanför sjukhus har ofta andra anledningar som kvävning, drunkning eller skalltrauma som leder till allvarlig hypoxi (Holmberg, 2007).

Hjärtstopp föregås ofta men inte alltid av ventrikelflimmer, vilket är den allvarligaste formen av arythmi som kan drabba hjärtat. Detta innebär att olika delar av hjärtmuskulaturen icke-koordinerat kontraheras samtidigt vilket leder till att hjärtat inte pumpar ut blodet i kroppen. Blodet når inte hjärnan vilket resulterar i medvetslöshet inom 4-5 sekunder. Om tillståndet inte upphävs inom några minuter leder det till döden (Guyton & Hall, 2000). Andra tillstånd som förorsakar hjärtstopp är PEA (pulslös elektrisk aktivitet) och asystoli. PEA är ingen egentlig rytm, på EKG ser det ut som en förlångsammad sinusrytm men puls går inte att mätas. Vänsterkammaren är för svag för att kunna pumpa ut tillräckligt med blod. Asystoli innebär att ingen elektrisk aktivitet i hjärtat går att mätas. Både kammarflimmer och PEA övergår utan behandling till asystoli (Holmberg, 2007).

Akut behandling

Ett plötsligt hjärtstopp leder till att hjärtat inte kan pumpa ut tillräckligt med blod för att upprätthålla livsviktig cirkulation i kroppen. En patient som drabbas av ett ihållande hjärtstopp blir inom några sekunder medvetslös eftersom otillräcklig cirkulation leder till syrebrist i hjärnan. Vanligtvis drabbas patienten i förloppet även av utebliven andning, cyanos, blekhet och ljusstela pupiller. I det akuta skedet vid ett konstaterat hjärtstillestånd och utebliven cirkulation är nödvändig behandling livsavgörande i chansen att rädda patienten (Dahlström, 2011). "Kedjan som räddar liv" beskriver de viktiga länkarna som är avgörande för patientens överlevnad; tidigt larm, tidig HLR, tidig defibrillering samt tidig avancerad hjärt-lungräddning (Holmberg, 2007). För att säkra luftvägarna bör intubering ske vilket möjliggör kontinuerlig syresättning samt tillförsel av syrgas (Wikström, 2006).

American Heart Association (AHA) har utarbetat internationella riktlinjer för hur optimal hjärtlungräddning ska gå till. Dessa riktlinjer ligger till grund för de nationella riktlinjer HLR-rådet utarbetat och som är allmänt vedertagna på alla svenska sjukhus och för allmänheten (HLR-rådet, 2011). Målsättningen är att personer som drabbas av hjärtstopp på sjukhus ska få behandling med hjärt-lungräddning inom 1 minut och bli defibrillerade (om kammarflimmer föreligger) inom 3 minuter (Holmberg, 2007).

Hjärt-lungräddning är förenat med etiska ställningstaganden. Det är inte alltid etiskt försvarbart att utföra hjärt-lungräddning utan hänsyn måste tas till olika faktorer. Exempelvis patientens livskvalitet före hjärtstoppet bör påverka ett beslut kring om HLR ska utföras eller inte. Om patientens livskvalitet redan innan hjärtstoppet är låg på grund av någon grundsjukdom bör ställning tas i fråga om patientens livskvalitet efter utförd HLR kommer att vara dräglig eller inte (Holmberg, 2007). Patientens egen inställning till detta bör också tas hänsyn till.

Vård efter ett hjärtstopp

Efter ett hjärtstopp är hjärtat svagare än innan och det finns en större risk för exempelvis arytmier. Beroende på vad det var som orsakade hjärtstoppet erbjuds olika behandlingar. Det kan bli aktuellt med så kallad hypotermibehandling vilket innebär att patienten hålls nedkyld till 32-34 grader under ett till två dygn för att minska eventuella hjärnskador. Detta kan göras med hjälp av till exempel kylmadrasser, kyldräcker eller att ge kyld vätska intravenöst. Hypotermi görs medan patienten är nedsövd. Hjärtstopp är ofta förknippat med hjärtinfarkt, antingen som utlösande faktor eller som följd. Dessa patienter bör genomgå en kranskärlsröntgen med eventuell PCI (Perkutan coronar intervention) om det visar sig behövas. Hjärtstoppsspatienter som genomgått kranskärlsröntgen och PCI har i studier visats ha en ökad överlevnad (Rubertsson, 2012). Patienter som överlever ett hjärtstopp får ofta en lätt till måttlig hjärnskada som resultat. Denna kan dock förbättras under månaderna efter hjärtstoppet och patienten kan återfå god neurologisk funktion. Det vanligaste symtomet som fortsatt visar sig hos patienter som genomgått ett hjärtstopp är minnesstörningar (Friberg et al 2010).

OMVÅRDNADSASPEKTER OCH BEGREPP

Att behandlas på en intensivvårdsavdelning som svårt skadad eller kritiskt sjuk kan både vara smärtsamt och skrämmande. Miljön kring patienten innehar högteknologisk utrustning pågående dygnet runt och många olika vårdpersonalskategorier är involverade kring patienten. Detta sätter patienten i en utsatt position och till följd av detta kan graden av patientens autonomi och integritet sänkas (Fröjd, Larsson & Wallin, 2012). Enligt omvårdnadsvetenskapen är människan unik och bör bemötas utifrån sina egna förutsättningar. Människan är ett handlande subjekt som måste förstås i ett helhetsperspektiv. I linje med detta kan omvårdnadshandlingar enligt Willman vara exempelvis att i mötet med patienten vara äkta närvarande, inge hopp samt hjälpa patienten skapa mening (Willman, 2009).

Att som patient inte få önskvärd vård eller befinna sig i en utsatt position kan bland annat leda till upplevd rädsla, stressrelaterade handlingar samt avsaknad av

engagemang och tillgänglighet. En patient kan bli väldigt utsatt i vissa vårdmiljöer och se sig själv som maktlös, osedd och osäker (Snellman, 2009). Omsorg kännetecknas av respekt, hänsyn och accepterande. Respekt innebär i detta sammanhang att patienten ska ha rätt till sina egna känslor och upplevelser av sin situation. Sjuksköterskan ska i sin tur visa hänsyn genom att tillvarata patientens känslor och utgå från patientens resurser. För att uppnå respekt och hänsyn krävs att sjuksköterskan kan acceptera patienten som individ i sin livsituation (Sarvimäki, Stenbock- Hult, 2008).

Livsvärld och livsvärldsperspektiv

Fenomenologins grundare, Edmund Husserl (1859-1938), utarbetade en teori där fokus riktas mot fenomenet kring människans upplevda värld, kallad livsvärld. Livsvärldsteorin handlar enligt Husserl om en individs livsvärldsperspektiv, den verklighet som människan ständigt befinner sig i utan att observera eller analysera kring (Dahlberg, Dahlberg, Nyström, 2008). Med livsvärldsperspektivet kan inte det objektiva ses, utan det handlar om att fånga in människans subjektiva upplevelser, då en individs livsvärld är så som den uppfattas och levs (Vårdhandboken, 2013). Teorins syfte är att utgöra ett redskap om förståelse för den enskilda människans upplevelser och erfarenheter. Begreppet livsvärld är lite diffust då det kan ses som ett begrepp i rörelse, det är föränderligt och påverkas ständigt av olika händelser och situationer. När människan är frisk har denne en naturlig och självklar tillgång till sin upplevda värld. Vid sjukdom rubbas individens tillgång till sin upplevda värld och ohälsa medför en typ av exklusion från livet. Kroppen blir ett hinder som står i vägen för ett deltagande i världen. När kroppen bryts ner, bryts även livet ner (Dahlberg, Dahlberg, Nyström, 2008). Som sjuksköterska kan livsvärldsteorin användas för att få en ökad förståelse för patienternas situation och upplevelser och på så sätt kan omvårdnaden med bättre förutsättningar individanpassas (Birkler, 2008).

Livskvalitet och välbefinnande

Livskvalitet är ett svårdefinierat begrepp. Livskvalitet är något subjektivt som varje individ upplever olika. Om en människas liv har värde eller inte kan inte bedömas utifrån utan det kan bara individen själv göra. En individ kan exempelvis uppleva att denne har en hög livskvalitet trots sjukdom. Det är heller inte bara nuet som räknas in i livskvalitetsbegreppet utan det förflutna och de förväntningar som finns på framtiden påverkar i hög grad hur livssituationen upplevs. Olika teoretikers definitioner av livskvalitet har en del gemensamma egenskaper. Gemenskap ses exempelvis som en viktig dimension av begreppet av många. Den danske psykiatern och psykologen Anton Aggernaes (f. 1935) har definierat begreppet livskvalitet. Han menar att graden av livskvalitet beror på hur olika grundläggande behov är uppfyllda. De fyra behov han tar upp är de elementära biologiska behoven, behovet

av varma mänskliga kontakter, behovet av meningsfull sysselsättning, samt behovet av ett omväxlande, spännande och engagerande upplevelseliv (Rustoen, 1993).

Utifrån det humanistiska perspektivet ses människan som en helhet med kropp, själ och ande. Människan som enhet kan ge ett perspektiv på individens hälsa. Hälsa ses som något mer än frånvaro av sjukdom och påverkas av dennes upplevelser, välbefinnande och meningsfullhet (Willman, 2009). Eriksson (1989) skriver också att frånvaro av sjukdom är en varken tillräcklig eller nödvändig förutsättning för hälsa, att däremot ha välbefinnande är en tillräcklig förutsättning för hälsa. Detta är att se hälsa utifrån ett ”positivt perspektiv”. Hedelin, Jormfeldt och Svedberg (2009) beskriver hälsa som förekomst av olika dimensioner av välbefinnande och livskvalitet. Om hälsa ses som välbefinnande innefattar detta saker som behagliga stämningar, känslor av att må bra och angenäma kroppsliga intryck.

Elliot, Rodgers och Brett (2010) konstaterar i sin systematiska översikt av livskvalitet efter överlevnad av hjärtstopp att livskvalitet är ett komplext begrepp och svårt att mäta. De konstaterar att forskare oftast använder olika självskattningsformulär för att mäta patientens livskvalitet. De vanligaste förekommande skattningsskalorna är SF-36 (Short form 36) och EQ-5D. Dessa skalor mäter olika aspekter som ska ge en indikation på nivå av livskvalitet. Detta utifrån bland annat funktionell hälsa, psykiska och mentala förmågor samt social förmåga (The SF-community; EuroQol, 2014).

TEORETISK REFERENSRAM

Transitionsteori – begrepp och perspektiv

Transitionsteorin började utvecklas under mitten av 60-talet av sjuksköterskan och sociologen Afaf Ibrahim Meleis (f. 1942). Transition kan definieras på många olika sätt, vanligast beskrivs transition som en passage, en rörelse, mellan två stabila livsfaser. Teorin beskriver fyra typer av transitioner och förklarar dem genom att dela upp transition i förhållande till utveckling, hälsa och ohälsa, situation samt organisation. Utvecklingstransition inkluderar faser i livet där individen går igenom en förändring, så som graviditet, menopaus, åldrande och död. Hälsa och ohälsa innefattar återhämtningsfasen, diagnos av kronisk sjukdom och övergång mellan sjukhus och hemmet (Im, 2014). En individ som får en diagnos eller får veta att de måste leva sitt resterande liv med en risk för ett förvärrat tillstånd går igenom olika stadier. Under dessa stadier behöver patienten vård och omsorg utifrån sina specifika behov. Att förstå och hantera dessa transitioner och hur dessa påverkar individen, familjen och omgivningen är en viktig uppgift för sjuksköterskan (Meleis, 2010). Organisationsrelaterad transition hänvisar till förändringar i omgivningen som berör individen och kan ta form i förändrat ledarskap eller av ny yrkesroll. Transition som

är situationsberoende förklaras som livsförändringar som bland annat tar form med utbildning, yrkesmässiga förändringar samt relationsförändringar (Im, 2014).

Det är viktigt att identifiera personliga och miljömässiga villkor för att förstå transitioner, vad som underlättar respektive hindrar en passage från att bli en hälsosam övergång. Det finns ett mönster som kännetecknar hälsosamma övergångar och på vilka villkor transitioner styrs av, dessa innefattar individen, samhället och sociala faktorer. Att det finns ett ömsesidigt samspel med omgivningen och en upplevd känsla om tillhörighet och meningsfullhet. Effekterna av dessa faktorer styrs också av förväntningar, kunskap, förmåga att planera efter givna förutsättningar och individens välbefinnande (Im, 2014). Individens hälsa och välbefinnande påverkas vid förändringar och nya krav ställs och en omvärdering av självet i den nya situationen måste göras (Rydholm-Hedman, 2009). Meleis (2010) förklarar att sjuksköterskor har en viktig roll och en möjlighet till att påverka individens resa mellan livsfaser. Att kunna bidra med anpassade förutsättningar för att tillfredsställa individens behov under en transitionsfas kan bli avgörande för hur resultatet blir. Sjuksköterskans stöd och hjälp kan öka patientens känsla av stabilitet, välbefinnande och kontroll (Rydholm-Hedman, 2009).

PROBLEMFÖRMULERING

Att överleva ett hjärtstopp är ovanligt och majoriteten klarar sig inte. Att vara med om ett hjärtstopp är en traumatisk upplevelse som ger nya perspektiv på en individs livsvärld. Hur påverkar denna upplevelse patientens liv och upplevda livskvalitet och vilken typ av stöd kan dessa individer behöva? För att kunna bemöta och vårda individer som varit med om ett hjärtstopp är det viktigt att förstå hur de upplever sin situation och hur de ser på sig själva som individer i ett livsvärldsperspektiv. Denna kunskap är betydelsefull i mötet mellan patient och sjuksköterska.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt är att belysa hur patienten upplever att livet påverkas efter ett hjärtstopp.

METOD

En litteraturöversikt innebär att skapa en övergripande bild av ett begränsat vårdvetenskapligt område. Att med hjälp av befintlig forskning skapa sig en uppfattning om ämnet som studerats utifrån olika aspekter. Syftet med en litteraturöversikt kan vara olika. Det kan handla om att skaffa sig en övergripande bild av forskningsläget för framtida empiriska arbeten eller göras som ett fristående arbete. Litteraturöversikten grundas i en systematisk sökning av texter inom ett

begränsat område. Sedan väljs lämplig litteratur ut för studiens ändamål som kvalitetsgranskas och analyseras. Resultatet av översikten ger en beskrivande bild av ämnesområdet (Friberg, 2006). Olika databaser har använts vid sökandet efter relevanta artiklar.

LITTERATURSÖKNING

Det första steget i en litteraturöversikt är att skapa sig en övergripande bild av ämnesområdet, så kallat helikopterperspektiv. Fokus är inte än riktat mot detaljer utan kännetecknas av ett öppet sinne och nyfikenhet. Efter detta avgränsas området genom ett urval. Avgränsningen ska göras noggrant där vissa studier exkluderas och andra inkluderas på grund av olika kriterier (Friberg, 2006). En första orienterande sökning utfördes för att skaffa en överblick av forskningsområdet. De databaser som användes var Cinahl, Pubmed, Scopus och PsycINFO. För att finna artiklar som behandlade hjärtstopp och patientens upplevelse användes Svensk MeSH och Cinahl headings för att få fram relevanta sökord. I sökningen användes så kallad Boolesk söklogik, det innebär att sökoperatorena ”AND”, ”OR”, eller ”NOT” används för kombinera olika sökord. I och med detta skapas en mer riktad sökning (Östlundh, 2006).

I databasen Cinahl användes sökorden *“heart arrest”*, *“quality of life”*, *“patient experience”* och *“life change events”*. I databasen Pubmed användes sökorden *“heart arrest”*, *“quality of life”*, *“survivors”* och *“patient experience”* (se bilaga 1). Fler kombinationer av sökorden användes än de som redovisats i bilaga 1. Dessa gav dock dubletter av de artiklar som redan hittats och har därför inte redovisats i söktabellen. Andra sökord som användes för att fånga in problemområdet var *“transition”*, *“lifeworld”* samt *“nurse-patient relation”*, detta gav inga relevanta träffar. Sökningen begränsades ytterligare till att endast visa artiklar som var peer reviewed och publicerade de senaste tio åren för att exkludera alltför gamla artiklar. Inga begränsningar gjordes avseende ålder och kön. Sökträffarna analyserades genom att läsa igenom titlarna för att urskilja de relevanta mot de icke-relevanta, de artiklar som inte behandlade patienters upplevelse av hjärtstopp valdes bort. Därefter gjordes ytterligare en analys genom att läsa abstraktet till de artiklar med relevanta titlar. De artiklar vars titel och abstrakt verkade relevanta för denna studies syfte valdes ut för ytterligare en granskning.

Sökningarna på databaserna Cinahl och Pubmed gav många kvantitativa artiklar och få kvalitativa. För att hitta fler kvalitativa studier utfördes manuella sökningar via relaterade referenser i sökmotorn Pubmed samt referenser ur valda artiklar. Via relaterade referenser hittades fem artiklar (Granja, Cabral, Pinto, & Costa-Pereira, 2002; Mahapatra, Bunch, White, Hodge, & Packer, 2005; Saner, Borner Rodriguez, Kummer-Bangerter, Schuppel, & von Planta, 2002; Wachelder et al., 2009). I databasen PsycINFO användes sökorden *“heart arrest”*, *“quality of life”* och *“patient*

experience” och sökningen begränsades till att innefatta empiriska studier, intervjustudier och kvalitativa studier (se bilaga 1). De kvalitativa studierna som valts ut granskades i Scopus för att hitta ytterligare relevanta studier som citerat dessa. Här valdes en artikel ut (Schaufel, Nordrehaug, & Malterud, 2011).

KVALITETSGRANSKNING

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har använts för att belysa det aktuella problemområdet. När relevanta artiklar valts ut är det av stor vikt att samtliga författare i litteraturöversikten involveras i kvalitetsgranskningen. Detta för att gemensamt bedöma artiklarnas trovärdighet och kvalitet. Några viktiga aspekter vid granskningen av artiklarna som bör tas hänsyn till är hur artiklarna presenterar sitt urval, insamling av data, analys samt slutsatser (Wallengen, Henricsson, 2012). För att kontrollera kvaliteten i de utvalda artiklarna användes Fribergs (2006) frågeformulär för granskning av kvantitativa och kvalitativa artiklar (se bilaga 2). Både de kvalitativa artiklarna och de kvantitativa granskades mot 13 kriterier. För att artiklarna skulle anses ha hög kvalitet krävdes 11 av 13 poäng, för att ha medelgod kvalitet krävdes 9 av 13 poäng. De artiklar som fick under 9 poäng ansågs vara av låg kvalitet (se bilaga 3). Som resultat av kvalitetsanalysen av artiklarna fick en kvantitativ studie väljas bort då den inte uppnådde kvalitetskriterierna. I detta arbete ingår 13 vetenskapliga artiklar varav 4 med kvalitativ ansats och 9 med kvantitativ ansats.

FORSKNINGSETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Avsikten med denna litteraturöversikt var att framställa resultatet på ett objektivt sätt och ta hänsyn till både positiva och negativa aspekter. Däremot har inte de använda artiklarnas resultat presenterats i sin helhet utan de bitar som svarar till denna studies syfte har valts ut. Detta har gjorts med försiktighet för att inte förvränga dess ursprungliga innebörd. Alla artiklar förutom en var godkända av en etisk kommitté. I den artikel där det inte framgår att den är etiskt granskad har liknande metoder och mätinstrument används som i de övriga artiklarna. Denna artikel har inkluderats i resultatet i denna litteraturöversikt dels på grund av detta och dels för att den anses ha hög kvalitet och bidrar med relevant information.

ANALYS

Analysen av data i en litteraturöversikt ska utföras på ett strukturerat sätt. En litteraturöversikt utgår från redan analyserat material och inte från rådata vilket innebär att ett lite annorlunda tillvägagångssätt tillämpas. Litteraturöversiktens vanligaste analysmetod är att jämföra likheter och skillnader i studiernas resultat.

Hur resultaten presenteras i de studerade artiklarnas resultat skiljer sig åt beroende på om det är en kvalitativ eller kvantitativ studie. I en kvalitativ studie presenteras resultatet oftast i kategorier och teman, medan resultatet i kvantitativa studier presenteras utifrån statistiska beräkningar, ofta i form av tabeller (Friberg, 2006). Artiklarna som valts ut för denna litteraturöversikt lästes och analyserades av båda författarna. Texterna lästes först förutsättningslöst i sin helhet för att få en övergripande förståelse av innehållet. Därefter påbörjades en analys utifrån studiens syfte, bakgrund och den teoretiska referensram som grundtanke. I åtanke hölls också aspekter så som kön, ålder och socio-ekonomiska förutsättningar. I den fortsatta analysen lyfte författarna oberoende av varandra ut meningsbärande enheter ur texten och gav dessa ”beskrivande ord” för att underlätta vidare analys. Varje artikel bearbetades sedan gemensamt för att få en överensstämmande förståelse. Författarna kunde vid en sammanställning av beskrivande ord urskilja tre övergripande teman; *fysiska och psykiska förändringar*, *social samhörighet* och *existentiella frågor*. Dessa huvudteman delades vidare in i subteman. Resultatet är strukturerat efter detta.

Huvudtema	Subtema
Fysiska och psykiska förändringar	<ul style="list-style-type: none"> - Fysiska begränsningar - Trötthet - Depression och ångest - Att vara beroende av andra
Social samhörighet	<ul style="list-style-type: none"> - Deltagande i samhället, arbete och fritid - Närstående och stöd - Upplevelser i mötet med hälso och sjukvård
Existentiella frågor	<ul style="list-style-type: none"> - Syn på livet, döden och meningen med allt - Upplevelse av självet och identiteten

RESULTAT

FYSISKA OCH PSYKISKA FÖRÄNDRINGAR

Fysiska begränsningar

I en kvalitativ intervjustudie av åtta män och en kvinna beskrev Bremer, Dahlberg, and Sandman (2009) hur patienten upplever att välbefinnandet påverkas av att

överleva ett hjärtstopp. Deltagarna i studien upplevde sorg och ilska över sina försämrade fysiska kroppsfunktioner vilket leder till känslor av exklusion och isolering. I Saner et al. (2002) kvantitativa studie deltog 40 män och 10 kvinnor som överlevt ett hjärtstopp. Deltagarna fick fylla i fyra självskattningsskalor för att utvärdera livskvaliteten efter ett hjärtstopp. Där fann forskarna en signifikant försämring i fysiska funktioner mellan överlevarna och en matchad kontrollgrupp som var friska, samma ålder, kön och socio-ekonomisk status. I Deasy et al. (2013) studie där syftet var att beskriva livskvalitet efter ett hjärtstopp hos unga vuxna (18-39år) uppgav 9 av 56 deltagare att de hade en mild till allvarlig funktionsnedsättning innan hjärtstoppet medan nästan hälften av deltagarna svarade att de hade en mild till allvarlig funktionsnedsättning efter hjärtstoppet. Knappt hälften av deltagarna i samma studie svarade att de uppnått mindre än vad de velat åstadkomma och känt sig begränsade i aktiviteter på grund av sin fysiska hälsa. Granja et al. (2002) fann i sin enkätstudie med 19 deltagare liknande resultat där över hälften av deltagarna menade att de hade problem med eller var helt hindrade att utföra sina dagliga aktiviteter. I Kamphuis et al. (2004) kvalitativa studie deltog tolv män och nio kvinnor i semi-strukturerade intervjuer. Studiens syfte var att ta reda på hur patienter som drabbats av hjärtstopp och fått en ICD (Implantable cardioverter defibrillator) upplever livet ett år efter implantation av ICD. Några av deltagarna beskriver ett missnöje och en besvikelse över hur deras kropp hade återhämtat sig och hade svårt att acceptera en fysisk funktionsnedsättning. De kände en irritation och ilska för att det var svårt att utföra enkla vardagliga uppgifter på grund av kognitiva nedsättningar som ett försämrat korttidsminne. Bremer et al. (2009) beskriver att de som varit med om ett hjärtstopp tvingas till en försiktigare livsstil på grund av rädsla och osäkerhet gällande sin fysiska förmåga. Wachelder et al. (2009) kvantitativa studie med 63 deltagare redovisar att en av fem deltagare som drabbats av hjärtstopp upplever kognitiva begränsningar så som att glömma namn och blanda ihop höger och vänster.

Trötthet

Med hjälp av självskattningsskalan Fatigue Severity Scale (FSS) påvisades att mer än hälften av 61 tillfrågade personer i studien av Wachelder et al. (2009) svarade att de upplever en ökad trötthet. Några av de påståenden som innefattas i FSS som deltagarna får skatta på en likertskala var ”trötthet hindrar mitt arbete, familjeliv eller sociala liv” och ” min motivation är lägre när jag är uttröttad”. Moulaert, Wachelder, Verbunt, Wade, and van Heugten (2010) visar i sin kohortstudie med 63 deltagare som överlevt ett hjärtstopp, där syftet var att studera faktorer relaterade till livskvalitet efter hypoxisk period i samband med hjärtstoppet, en stark korrelation mellan FSS och livskvalitet (mätt med SF-36). Saner et al. (2002) fann i sin studie att överlevarna jämfört med kontrollgruppen hade en signifikant lägre energinivå. Energinivån innefattar aspekter så som att vara trött hela tiden, att tycka att allt är en ansträngning och att snabbt tappa energin. De fann även en signifikans i ökad sömnsvårighet hos överlevarna. Sömnsvårigheterna definieras i detta fall som att

behöva sömntabletter, svårigheter att somna, ligga vaken om nätterna och att vakna väldigt tidigt om morgonen.

Depression och ångest

Saner et al. (2002) fann en signifikant skillnad i känsloreaktioner mellan deltagarna och den matchade kontrollgruppen där deltagarna visade högre poäng, vilket indikerar en lägre livskvalitet i denna aspekt. Känsloreaktioner i detta avseende relaterar till påståenden som ”dagarna släpar sig fram”, ”jag förlorar humöret lätt nuförtiden” samt ”jag har glömt hur det är att ha kul”. De fann dock ingen signifikant skillnad i depression och ångest hos deltagarna och kontrollgruppen. Däremot visade ungefär en tredjedel av de tillfrågade tecken på depression och ångest i både Wachelder et al. (2009) och Granja et al. (2002) studier, vilket enligt Moulaert et al. (2010) korrelerar med en sänkt livskvalitet (mätt med SF-36). Även deltagarna i Deasy et al. (2013) visade på den här trenden, där över 60% rapporterade måttligt till svår ångest efter hjärtstoppet och knappt hälften av deltagarna beskrev att de kände sig nere till och från efter hjärtstoppet. I en spansk kvalitativ studie med nio intervjuade deltagare, fyra kvinnor och fem män, beskrevs en ständigt närvarande rädsla som påverkar alla aspekter av individens liv. En deltagare beskrev hjärtstoppet som något som finns där och inte kan ignoreras, ångesten blev så intensiv ibland att det inte gick att andas eller röra sig (Palacios-Ceña, Losa-Iglesias, Salvadores-Fuentes, & Fernández-de-las-Peñas, 2011). Bremer et al. (2009) beskrev också att hjärtstoppet lämnar en bestående ångest över det som skett och hur detta kan påverka det framtida livet. De tog upp rädslan för ett ytterligare hjärtstopp vilket lämnar individen maktlös och utsatt, det blir uppenbart att det inte finns någon garanti för ett fortsatt liv. I en kvantitativ studie fick 143 hjärtstoppsoverlevare svara på två självskattningsskalor gällande PTSD och livskvalitet, där framkom att patienter som drabbats utav hjärtstopp löper en risk att drabbas utav PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom). En tredjedel av deltagarna i denna studie uppfyllde kriterierna för PTSD och en utmärkande riskfaktor var yngre ålder. Studien visade en signifikant skillnad i åldern hos de som drabbats av PTSD (vilka var 43-63år) och de som inte drabbats av PTSD (vilka var 51-67år gamla). Av de som utvecklade PTSD hade 86% mild till allvarlig depression medan 29% av de som inte utvecklade PTSD efter hjärtstoppet hade mild till allvarlig depression (Gamper et al., 2004).

Att vara beroende av andra

I en kvantitativ studie där syftet var att belysa funktion och livskvalitet hos patienter som drabbats av hypoxisk hjärnskada i samband med ett hjärtstopp, svarade 2 av 14 deltagare att de var helt beroende av stöd från andra medan tre svarade att de var helt oberoende. De resterande nio hade svarat emellan dessa. 10 av 14 deltagare bodde hemma utan hjälp från andra medan 3 hade hemhjälp samt en bodde på ett stödboende (Middelkamp et al., 2007). Deltagarna i Deasy et al. (2013) studie fick

frågan om det var aktuellt att ha stöd och hjälp med ADL (activities of daily life) före och efter hjärtstoppet. Två svarade att detta behövdes innan hjärtstoppet medan nio svarade att de behövde det efter hjärtstoppet. I Granja et al. (2002) studie uppgav 7 av 19 deltagare att de hade problem med eller var helt hindrade att sköta sin hygien och klä på sig självständigt. I Schaufel et al. (2011) kvalitativa studie där syftet var att utforska hur hopp upplevs av patienter med en livshotande hjärtsjukdom upplevde några av de intervjuade hopplöshet och hjälplöshet i sin återhämtning. De upplevde att det värsta med att vara sjuk var att inte kunna utföra enkla sysslor så som påklädning och att sköta sin hygien. Det var svårt att fråga om hjälp av andra då det upplevdes naturligt för dem att vara självständiga.

SOCIAL SAMHÖRIGHET

Deltagande i samhället, arbete och fritid

I Wachelder et al. (2009) studie hittades en stor förändring i antalet heltidsarbetare före och efter hjärtstopp. Andelen heltidsarbetare minskade från knappt hälften till knappt en tredjedel medan andelen deltidarbetare fördubblades. Även antalet arbetstimmar i veckan minskar signifikant efter hjärtstopp visar en annan studie (Saner et al., 2002). Trots att arbetstimmar minskar visar studien att tillfredsställelsen med arbetet inte minskar. Över hälften (68%) av deltagarna i Deasy et al. (2013) studie kunde återgå till arbetet efter hjärtstoppet. I Gamper et al. (2004) studie uppvisar de patienter som utvecklat PTSD efter ett hjärtstopp signifikant sämre arbetskapacitet jämfört med de som inte utvecklat PTSD, samma tendens gäller för sociala aktiviteter. Majoriteten av deltagarna i Wachelder et al. (2009) studie visade ett lägre deltagande i samhället, så som fritidsaktiviteter, umgänge med vänner och vardaglig shopping, än den generella populationen i Nederländerna. De patienter som överlevt ett hjärtstopp upplevde en signifikant lägre tillfredsställelse med fritidslivet jämfört med innan hjärtstoppet (Saner et al., 2002). Bara hälften i Deasy et al. (2013) studie uppgav att de kunde utföra vanliga sociala- och fritidsaktiviteter utomhus. Wachelder et al. (2009) fann i sin studie att manliga patienter tenderade att ha en högre upplevd livskvalitet generellt än kvinnor, men lägre nivåer av deltagande i samhället. Däremot i Mahapatra et al. (2005) studie vars syfte var att jämföra kvinnor och mäns upplevda livskvalitet (mätt med SF-36) efter ett hjärtstopp, fann de ingen skillnad mellan könen.

Närstående och stöd

De patienter som överlevt ett hjärtstopp upplevde en signifikant högre tillfredsställelse med familjelivet jämfört med innan hjärtstoppet (Saner et al., 2002). Deltagarna i Kamphuis et al. (2004) studie var väldigt nöjda med stödet från familjen som oftast innebar lyhördhet och empati. I den kvalitativa studien av Schaufel et al.

(2011) poängterade nästan alla av de intervjuade vikten av att spendera tid med familj och vänner som stöttar dem. Samtidigt uttryckte några i studien att sjukdomen kunde vara påfrestande eller svårare att hantera för deras närstående och försvåra samtal och interaktioner med dessa. Detta uttryckte även deltagarna i Kamphuis et al. (2004) att de var missnöjda med omgivningens brist på förståelse vilket lett till att vissa relationer försvagats eller brutits helt. I Palacios-Ceña et al. (2011) studie uttryckte deltagarna en frustration i att inte kunna dela sin upplevelse med någon, vilket skapade känslor av ensamhet och alienation. En manlig deltagare uttryckte att ingen verkligen förstod meningen med hans upplevelse, han menade att bara någon som upplevt samma sak kan förstå hur det är att ha dött och kommit tillbaka. Deltagarna i Bremer et al. (2009) studie uttryckte en oro över vad deras död kunde betyda för deras närstående och hur en nedsatt fysisk förmåga kan ge en ökad börda för dessa. De känner skuld för den situation deras närstående befinner sig i och oroar sig för hur de ska hantera framtiden. I Gamper et al. (2004) studie uppvisar de patienter som utvecklat PTSD efter ett hjärtstopp signifikant sämre förmåga att ta hand om och värna om familjen än de som inte har PTSD.

Upplevelser i mötet med hälso- och sjukvården

Känslan att bli omhändertagen professionellt av sjukvårdspersonal, kunde bidra med hopp, och majoriteten kände att de kunde lita på personalen. Dock fann forskarna att osäkerheten hos patienterna ökade då de inte visste vem som var deras läkare från dag till dag och patienterna hade svårigheter att förstå den information de fått i samband med sjukhusvistelsen (Schaufel et al., 2011). I studien gjord av Palacios-Ceña et al. (2011) beskrev deltagarna att när kontakten slutade vara kontinuerlig med hälso- och sjukvården kände de sig åsidosatta. En av deltagarna beskrev känslan av tacksamhet till vårdpersonalen som faktiskt räddat deras liv, men kände sig som en i mängden då vårdpersonalen ”bara” gjorde sitt jobb. En deltagare kunde nästan tänka sig att gå så pass långt som att uppsöka vård med fiktiva symtom bara för att få träffa sina vårdgivare igen. Deltagarna i studien tyckte heller inte att de fått tillräckligt goda strategier för att hantera livet efter hjärtstopp och efterlyste någon att prata med. En deltagare uttryckte det som att om de inte kan prata med vårdpersonalen om sina tankar kring döden, vem ska de då prata med? Deltagaren menade att det var vårdpersonalens jobb att stötta dem.

EXISTENTIELLA FRÅGOR

Syn på livet, döden och meningen med allt

Studien av Bremer et al. (2009) lyfte fram att deltagarna kände glädje och tacksamhet för ett fortsatt liv. De kände sig som lyckligt lottade i och med upptäckten av att bara ett fåtal som drabbas av hjärtstopp överlever. Alla utom en av

de 50 deltagarna i Saner et al. (2002) studie bedömde det egna livet som värt att leva efter hjärtstoppet. I Schaufel et al. (2011) studie uppgav alla deltagarna att de fokuserade på det positiva i livet och allt som de hade att vara tacksamma för. De var nöjda med sitt liv som det var trots sjukdom. Att bibehålla en positiv anda och använda sig av humor var viktigt för deltagarna. Några av de intervjuade såg döden som något naturligt som händer alla en dag. De äldre deltagarna försökte leva en vecka i taget, leva i stunden och inte tänka på framtiden. Deltagarna i Palacios-Ceña et al. (2011) och Kamphuis et al. (2004) uttryckte sig på liknande sätt, att ta vara på och njuta av den tid individen har kvar och att inte ta livet för givet. De uttryckte också att de behövde utveckla en ny attityd till döden, att lära sig leva med den och att acceptera att de kan drabbas på nytt. I Kamphuis et al. (2004) studie uppgav deltagarna att de inte längre såg döden som ett hot. De menade att de hade förväntat sig att mötet med döden skulle vara dystert och hotfullt, medan det i verkligheten upplevdes som något som ”bara händer” och ”knappt märks”.

I Klemenc-Ketis (2013) studie där syftet var att bedöma kopplingen mellan nära-döden-upplevelse och livsförändringar hos patienter som överlevt ett hjärtstopp fann de att en femtedel av de 37 deltagarna upplevde hjärtstoppet som en nära-döden-upplevelse, dessa var endast män. De fann att deltagarna i studien upplevde högre uppskattning av de vardagliga sakerna i livet samt en högre önskan att leva ett gott liv. Dessutom upptäcktes i studien att de som upplevt hjärtstoppet som en nära-döden-upplevelse även har en signifikant högre uppskattning av naturen och en större känsla att det finns en inre mening med livet. Även en deltagare i Palacios-Ceña et al. (2011) kvalitativa studie uttryckte detta, att det var otroligt att en sådan här upplevelse skulle behöva ske för att öppna ögonen till livet. En manlig deltagare i Bremer et al. (2009) studie beskriver också hjärtstoppet som en slags vändpunkt, att han nu lever i sin egen takt och att det är mycket roligare att leva nu då hans liv upplevs vara mindre stressigt och han har mer tid för familjen. Ett gott liv och en meningsfullhet grundar sig enligt Bremer et al. i trygghet, stöd och omsorg i relationer från nära och kära. Detta är viktigt i upplevelsen av sig själv som en hel individ i ett sammanhang.

Upplevelse av självet och identiteten

Bremer et al. (2009) belyser att ett uppvaknande från medvetslöshet efter ett hjärtstopp innebär att kastas in i en värld av kaos och förvirring med känslor av förlorad kontroll, sårbarhet och osäkerhet. I takt med att bitarna av vad som hänt faller på plats återgår tankarna till vardagliga problem och vad som ska hända i framtiden. Förståelsen för den egna kroppen är nu förändrad från att ha varit stark och frisk till att vara sårbar och begränsad. Identitet, sammanhang och mening måste återskapas utifrån denna förändrade livsvärld. I Klemenc-Ketis (2013) studie tenderade de som uppfattar hjärtstoppet som en nära-döden-upplevelse att få en ökad förståelse för sig själva. En deltagare i Kamphuis et al. (2004) uttryckte en

problematik i att dennes begränsningar som uppkommit efter hjärtstoppet inte syns utåt, vilket leder till att omgivningen uppfattar individen i fråga som friskare än vad den är. Deltagarna i Palacios-Ceña et al. (2011) upplevde att deras nära-döden-upplevelse hade förändrat dem som personer för evigt. En av deltagarna uttrycker det som att vara ärrad fast hon borde glädjas av att vara vid liv. En annan deltagare beskrev det som ilska över att inte kunna fortsätta sitt liv där denne lämnat det innan hjärtstoppet skedde. Gemensamt för kvinnorna i studien var att deras planer på att skaffa barn hindrades och de kände att de bara kunde leva halvhjärtat. En kvinna uttrycker det som att ge upp en del av sig själv, att avsäga sig ett moderskap. Det var svårare för de kvinnliga deltagarna med barn i studien att släppa greppet om sitt tidigare liv eftersom detta skulle innebära en separation från deras barn.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med litteraturoversikten har varit att belysa patienters upplevelser av och påverkan på livet efter ett hjärtstopp. En kombination av kvalitativa och kvantitativa studier har använts. De kvalitativa studierna bidrog med att belysa patientens subjektiva upplevelser uttryckta med sina egna ord medan de kvantitativa studierna gav en mer övergripande bild av en grupps upplevelser och känslor. Däremot hade denna litteraturoversikt gynnats av att ha fler kvalitativa artiklar i resultatet för att på ett djupare plan fånga upp patientens subjektiva upplevelser. De kvantitativa studierna ger dock en bra bild av hur livet påverkas efter ett hjärtstopp. Att beskriva en patientens upplevelse lämpar sig bättre i en empirisk studie där patienten får uttrycka sig i egna ord i exempelvis en intervju. Samtliga artiklar som används i denna studie är från ”västerländska” länder, något som kan ses som en styrka då resultaten blir mer applicerbara på svenska förhållanden. Ingen av artiklarna som användes i denna studie tar upp kulturella och religiösa aspekter. Dessa aspekter är viktiga att ta hänsyn till då de kan påverka upplevelsen av hälsa och ohälsa.

I urvalet av artiklar finns två studier som inte specifikt handlar om patientens upplevelser efter ett hjärtstopp. Den ena artikeln (Kamphuis et al., 2004) har som syfte att utforska hur patienter som fått en ICD upplever livet ett år efter implantation. Denna studie är dock relevant då alla deltagare har överlevt ett hjärtstopp och till följd av detta fått en ICD. Studien belyser aspekter som är kopplade till hjärtstoppet och dessa har lyfts ut. Den andra artikeln (Schaufel et al., 2011) har som syfte att utforska hur hopp kan upplevas av patienter med livshotande hjärtsjukdom när de ställs inför sin dödlighet och andra existentiella utmaningar. Majoriteten av deltagarna har livshotande hjärtsjukdomar och ställs inför utmaningen att leva med ett sjukt hjärta. Denna studie anses relevant på grund av att paralleller kan dras mellan dessa patienter och de som upplevt ett hjärtstopp i många aspekter.

De kvantitativa studierna använder sig av olika självskattningsskalor för att kunna belysa och mäta patienters livskavlitet efter ett hjärtstopp. Flera studier använde sig av självskattningsskalorna EQ-5D och SF-36 men vissa studier använde sig av andra skattningsskalor som forskarna i studierna ansåg ha påverkan på livskvalitet. Några studier kompletterade insamlad data med medicinska journaler. I detta arbete har de använda skalorna i artiklarna analyserats först enskilt för att få en förståelse för de frågor och påståenden som ställts till deltagarna och sen har skalorna analyserats mot varandra för att se om de har gemensamma faktorer som möjliggör ett jämförande. Vissa artiklar använder begrepp så som ”funktionell nedsättning” och ”dagliga aktiviteter” utan att ge en tydligare förklaring på vad det innefattar. Detta har i vissa fall försvårat jämförandet mellan olika resultat. Elliott, Rodgers, and Brett (2011) uttrycker i sin systematiska litteraturöversikt att det behövs en konsensus vad gäller livskvalitet och personscentrerad utvärdering efter ett hjärtstopp. De menar att det är ett problem att det inte finns något standardiserat sätt att rapportera detta.

Alla artiklar som valts ut i denna studie redovisar tydligt sina urvalsgrupper och bortfallen i dessa. En trend kunde urskiljas i studiernas urvalsgrupper där majoritet av deltagarna var män. En problematik kan ses i detta då resultaten mest bygger på ett manligt perspektiv och som då inte blir en representativ bild av patientgruppen som helhet. Urvalskriterierna som användes var mestadels en bestämd tidsperiod, att deltagarna skulle vara över 18år och att deltagarna skulle ha tillräckligt god neurologisk funktion. Det sistnämnda kriteriet kan ses som problematiskt då det innebär att studierna exkluderar den grupp av patienter som kanske påverkats mest av ett hjärtstopp. Detta betyder i sin tur att resultatet i denna litteraturöversikt kan visa på att patienter som upplevt ett hjärtstopp har en högre livskvalitet än vad som hade visats om de som exkluderats hade tagits med. De stora urvalsgrupperna i de kvantitativa studierna hade ett stort bortfall som i de flesta berodde på att patienterna dött innan studien slutförts. Studierna redovisar också bortfall där deltagarna inte fyllt i självskattningsskalorna på ett korrekt sätt.

RESULTATDISKUSSION

Syftet i denna litteraturöversikt var att belysa patientens upplevelse av och påverkan på livet efter ett hjärtstopp. Det resultat som framkommit under denna litteraturöversikt svarar till syftet genom att det ökar förståelsen för hur patienter som varit med om ett hjärtstopp upplever sin livssituation och hur det har påverkat dem. Resultatet visar att patienten påverkas både fysiskt och psykiskt och ställs inför djupare existentiella frågor. Det visar också vikten av social samhörighet och att individen kan påverkas i både positiv och negativ riktning. Att vara med om ett hjärtstopp kan ses som en transition från frisk till sjuk. Im (2014) beskriver transition som en passage, en rörelse, mellan två stabila livsfaser. Resultatdiskussionen återspeglar de teoretiska begrepp som presenterats i bakgrunden; patientens livsvärld,

livskvalitet och välbefinnande samt omvårdnadsaspekter diskuteras i relation till resultatet och den teoretiska referensramen.

Livsvärlden

Individens tillgång till sin upplevda värld rubbas och är inte längre självklar vid ohälsa, kroppen utgör ett hinder som står i vägen för ett deltagande i världen (Dahlberg, Dahlberg, Nyström, 2008). Att vara med om ett hjärtstopp innebär att ens livsvärld förändras. Många deltagare i studierna upplevde fysiska funktionsnedsättningar som gjort att de känt sig begränsade i sina dagliga aktiviteter (Deasy et al., 2013; Granja et al., 2002). Sorg, ilska och irritation var känslor som uttrycktes över de svårigheter som nu uppkommit i att utföra enkla vardagliga uppgifter, vilka leder till upplevelser av exklusion och isolering (Bremer et al., 2009; Kamphuis et al., 2004). Dessa känslor som deltagarna upplever i samband med fysiska begränsningar har tydliga kopplingar till hur kroppen kan påverka hur individen erfar sin livsvärld. Ett annat exempel på detta är att känna sig hindrad i sitt arbete, familjeliv eller sociala liv på grund av trötthet som beskrevs i några studier (Moulaert et al., 2010; Wachelder et al., 2009).

Individens livsvärld påverkas ständigt av olika händelser och situationer (Dahlberg, Dahlberg, Nyström, 2008). Vid förändringar ställs nya krav på individen och omvärdering av självet i den nya situationen måste göras (Rydholm- Hedman, 2009). En transition kan underlättas om det finns en upplevd känsla av tillhörighet och meningsfullhet (Im, 2014). Alla förutom en deltagare i en studie (Saner et al., 2002) uttryckte att livet var värt att leva efter hjärtstoppet. Många deltagare poängterade att en positiv inställning till livet var av stor vikt. Att ta tillvara på och njuta av den tid som finns kvar och använda sig av humor sågs som betydelsefullt (Kamphuis et al., 2004; Palacios-Ceña et al., 2011; Schaufel et al., 2011). En högre uppskattning av ting som tidigare tagits för givet, så som de vardagliga sakerna i livet och naturen, upplevdes av deltagarna i en studie, vilka även kände att det fanns en inre mening med livet (Klemenc-Ketis, 2013). Hjärtstoppet sågs av vissa som en vändpunkt som hjälpte dem att börja prioritera det som är viktigt i livet och gav dem en ny mer uppskattande attityd till livet (Bremer et al., 2009; Palacios-Ceña et al., 2011). Dessa deltagares positiva attityd till livet kan underlätta deras transition och anpassning till en ny upplevd livsvärld. Den nya upplevda livsvärlden ställer nya krav på individen vilket visade sig i resultatet. Att inte kunna fortsätta sitt liv där det lämnats när hjärtstoppet skedde skapade ilska. Vissa deltagare upplevde svårigheter att släppa taget om sitt tidigare liv och kände att de var tvungna att ge upp en del av sig själva (Palacios-Ceña et al., 2011). Det visar på att det finns en stor svårighet att anpassa sig och acceptera sina nya förutsättningar i en förändrad livsvärld. Bremer et al. (2009) beskriver också hur förståelsen för den egna kroppen förändras, från frisk till sjuk, och att mening och sammanhang måste skapas utifrån detta. Att ha förändrats

på insidan, men inte på utsidan, beskrevs som problematiskt då omgivningen har förväntningar på individen som denne i själva verket i klarar av.

Livskvalitet och välbefinnande

I resultatet framgår att många av deltagarna i flertalet studier upplevde en försämring av livskvalitet efter hjärtstoppet, men majoriteten skattade sin livskvalitet som oförändrad. Detta kan ses som ett förvånande resultat med tanke på att många av studierna visat att deltagarna upplevde en sämre fysisk hälsa och funktionsnedsättningar (Bremer et al., 2009; Deasy et al., 2013; Saner et al., 2002). Rustoen (1993) menar dock att en god livskvalitet kan uppnås trots sjukdom vilket tydligt visas i resultatet. Han presenterar även Aggernaes definition av livskvalitet som bygger på hur olika grundläggande behov är uppfyllda; elementära biologiska behov, behov av varma mänskliga kontakter, behov av meningsfull sysselsättning, samt behov av ett omväxlande, spännande och engagerande upplevelseliv. I resultatet framgår att deltagarna i studierna var nöjda med stödet från familj och närstående och uttryckte att de tyckte att det var viktigt att spendera tid med dessa efter hjärtstoppet. Lyhördhet och empati från närstående lyftes fram som viktiga aspekter av deltagarna i Kamphuis et al. (2004) studie. Detta kan återkopplas till Aggernaes behov av varma mänskliga kontakter. Genomgående i alla studier som undersökt deltagarnas arbetsförhållanden innan och efter hjärtstoppet var att majoriteten kunde återgå till arbetet efter hjärtstoppet, om än i lägre utsträckning så som att gå från heltid till deltid (Deasy et al., 2013; Saner et al., 2002; Wachelder et al., 2009). Dessutom visade Saner et al. (2002) att trots minskade arbetstimmar minskar inte tillfredställelsen med arbetet. Detta visar på att arbetet kan ses som en meningsfull sysselsättning i Aggernaes definition. Att dessa behov upplevs vara tillfredsställda kanske kan förklara varför många av deltagarna upplevde en oförändrad livskvalitet efter hjärtstoppet. Den största gruppen av de som upplevde en försämring av livskvalitet var deltagarnas i Gamper et al. (2004) studie som utvecklat PTSD till följd av hjärtstoppet. De upplevde en sämre förmåga att ta hand om och värna om familjen, det vill säga behovet av varma mänskliga kontakter är inte helt uppfyllt. De hade dessutom en sämre arbetskapacitet och ett lägre deltagande i sociala aktiviteter, det vill säga att behovet av en meningsfull sysselsättning och ett engagerande upplevelseliv inte är tillgodosett. Detta kanske kan förklara deras sänkta livskvalitet.

Hedelin, Jormfeldt och Svedberg (2009) skriver att om hälsa ses som välbefinnande inkluderar detta saker som behagliga stämningar, känslor av att må bra och angenäma kroppsliga intryck. Hälsa beskrivs som förekomst av olika dimensioner av välbefinnande och livskvalitet. Saknaden av behagliga stämningar och känslan av att inte må bra borde istället leda till ett sänkt välbefinnande. Deltagarna i de kvalitativa studierna (Bremer et al., 2009; Palacios-Ceña et al., 2011) uttryckte känslor så som rädsla för ett nytt hjärtstopp, maktlöshet, utsatthet och intensiv ångest. Dessa känslor kan tänkas påverka individen i en negativ aspekt och missgynna välbefinnandet. I

resultatet framkom det att de som drabbats utav ett hjärtstopp löper en risk att utveckla PTSD, vilket i sin tur i alla högsta grad påverkar välbefinnandet. Alla studier (Bremer et al., 2009; Deasy et al., 2013; Gamper et al., 2004; Granja et al., 2002; Moulaert et al., 2010; Palacios-Ceña et al., 2011; Saner et al., 2002; Wachelder et al., 2009) som analyserat depression och ångestrelaterade problem efter hjärtstoppet visade att minst en tredjedel av deltagarna och upp till knappt nio av tio av de som utvecklat PTSD upplevde depression och/eller ångest. Enligt Moulaert et al. (2010) finns en korrelation mellan depression och ångest och sänkt livskvalitet.

Omvårdnadsaspekter

Som sjuksköterskor ställs vi inför många olika vårdsituationer där patienters livsvärld är instabil och under förändring och där vårt ansvar är att stötta och underlätta tillvaron för individen. En individ som är med om ett hjärtstopp utsätts för en traumatisk upplevelse som kan påverka alla aspekter av dennes liv. Som tydligt framkommit i resultatet har många fått bestående fysiska funktionella nedsättningar, som i vissa fall lett till ett beroende av andra för att utföra dagliga aktiviteter. Även psykiska aspekter så som depression och ångest har visat sig hos individer som överlevt ett hjärtstopp. En individs uppfattning av sig själv i sin livsvärld påverkas och skapar existentiella frågor. Den här resan kan ses utifrån ett transitionsperspektiv där individen går igenom olika faser på resan mot en ny livsvärld. Sjuksköterskor har en viktig roll och en möjlighet till att påverka individens resa mellan livsfaser (Meleis, 2010). För att tillfredsställa individens behov under en transitionsfas kan sjuksköterskan bidra med anpassade förutsättningar och genom detta öka patientens känsla av stabilitet, välbefinnande och kontroll (Rydberg- Hedman, 2009).

Att vara beroende av andra och inte kunna utföra enkla sysslor som att sköta sin hygien själv upplevdes som det värsta med att vara sjuk och det var svårt att fråga om hjälp (Schaufel et al., 2011). Här är ett tydligt exempel på när en individs integritet och autonomi sänks till följd av att denne sätts i en utsatt position (Fröjd, Larsson & Wallin, 2012). Det är här viktigt att sätta sig in i individens situation för att få ett helhetsperspektiv på dennes erfarenheter och upplevelser så att sjuksköterskan kan bemöta denne på ett värdigt sätt. Att bli omhändertagen på ett professionellt sätt av sjukvårdspersonalen kunde bidra med hopp och ökad trygghet ansåg deltagarna i Schaufel et al. (2011) studie. Detta skriver också Willman (2009) att omvårdnadshandlingar så som att i mötet med patienten vara äkta närvarande, inge hopp samt hjälpa patienten skapa mening är betydelsefullt.

Det är viktigt att förstå vad som underlättar respektive hindrar en individs transition från att bli en hälsosam övergång (Im, 2014). En god omsorg bör kännetecknas av respekt, hänsyn och accepterande (Sarvimäki, Stenbock- Hult, 2008). I resultatet framgår att flera deltagare är missnöjda med omgivningens brist på förståelse och många känner en frustration i att inte kunna dela sin upplevelse med någon

(Kamphuis et al., 2004; Palacios-Ceña et al., 2011). De här känslorna kan hindra individerna från att gå vidare i sin återhämtning och leda till en ohälsosam transition. Det är viktigt att sjuksköterskan respekterar dessa känslor och upplevelser som patienten uttrycker. Deltagarna uttrycker ett behov av att ha någon att prata med om det som har hänt och känslorna runt omkring. En specifik önskan fanns om att vårdpersonalen som räddat deras liv och funnits där under återhämtningen skulle finnas tillgängliga att prata med efter utskrivningen (Palacios-Ceña et al., 2011). Några av de som drabbats av ett hjärtstopp uttryckte en väldigt stor tacksamhet gentemot de som faktiskt räddat deras liv. Det kan tänkas att dessa individer ser vårdpersonalen som så mycket mer än just vårdpersonal. En tanke som uppkom när detta analyserades är att det ter sig som att patienterna ville få ut mycket mer av vårdrelationen än vad som gavs. Vissa uttryckte att det var konstigt att vårdpersonalen ”bara” ser det som ett jobb att rädda någons liv och någon hade till och med planer på att söka vård med fiktiva symtom för att få träffa sina vårdgivare igen (Palacios-Ceña et al., 2011). En individ som får veta att de måste leva sitt resterande liv med en risk för att drabbas av ett hjärtstopp igen går igenom olika stadier i sin transition och där behöver patienten vård och omsorg utifrån sina specifika behov (Meleis, 2010). Det framkom i resultatet att individer som drabbats av ett hjärtstopp upplevde att det inte fått tillräckliga strategier för att hantera livet efter ett hjärtstopp (Palacios-Ceña et al., 2011). Som sjuksköterskor krävs det en ökad förståelse och kunskap kring individens unika förutsättningar och vilka strategier som kan behövas för att hjälpa denne framåt.

SLUTSATS

I denna litteraturöversikt har det framkommit att patienter som drabbats utav ett hjärtstopp generellt sett har en god livskvalitet. Vid djupare analys av det som framkommer i de studerade artiklarna är det dock en ansevärd del av dem som överlevt ett hjärtstopp upplever psykiska symtom så som PTSD, depression och ångest. Det framkommer också att det finns ett behov att få prata med någon om sina upplevelser och att det skulle inge en större trygghet att få en uppföljning och kontinuitet i vården efter utskrivning. Det behövs mer kvalitativ forskning inom detta område som belyser patientens upplevelse och behov efter ett hjärtstopp. Det krävs en bättre kunskap kring hur sjuksköterskan kan upptäcka de individer som faktiskt har ett behov av stöd och vägledning. Att kunna skapa en förbättrad uppföljning där patienten får möjlighet att prata om sina upplevelser och erbjuds en psykologkontakt eller möjlighet att delta i en samtalsgrupp kan vara en god början på omvårdnaden av dessa patienter.

REFERENSER

Birkler, J. (2008). Förståelse. I J. Birkler (Red.). Vetenskapsteori: en grundbok. (s.98-125). Stockholm: Liber

Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L. (2009). To survive out-of-hospital cardiac arrest: a search for meaning and coherence. *Qualitative Health Research*, 19(3), 323-338. doi: 10.1177/1049732309331866

Dahlberg, K. Dahlberg, H., Nyström, M. (2008). The philosophy of reflective lifeworld research. I. K. Dahlberg, H. Dahlberg, M. Nyström (Red.). Reflective Lifeworld Research. Studentlitteratur: Lund

Dahlström, U. (2011). Hjärt-lungräddning (HLR). I. U. Dahlström, S. Kechagias, L. Stenke (Red.). Internmedicin . (s. 221-223). Stockholm: Liber

Deasy, C., Bray, J., Smith, K., Harriss, L., Bernard, S., & Cameron, P. (2013). Functional outcomes and quality of life of young adults who survive out-of-hospital cardiac arrest. *Emergency Medicine Journal*, 30(7), 532-537. doi: 10.1136/emmermed-2012-201267

Elliott, V. J., Rodgers, D. L., & Brett, S. J. (2011). Systematic review of quality of life and other patient-centred outcomes after cardiac arrest survival. *Resuscitation*, 82(3), 247-256.

Eriksson, K. (1989). Hälsans idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell

EuroQol (2014). How to use EQ-5D. Hämtat 2014-02-18 från <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d.html>

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.). Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (s.115-124). Lund: Studentlitteratur

Friberg, H., Forsberg, S., Rubertsson, S., Scherstén, F., Tornvall, P., Cronberg, T. (2010). Internationell och nationell konsensus om bästa vård efter hävt hjärtstopp. *Läkartidningen* nr.8 2010 volym 107, 510-515

Fröjd, C., Larsson, I-M., Wallin, E. (2012). Omvårdnad av intensivvårdspatienter. I Larsson, A. Rubertsson, S. (red.) Intensivvård. (s.732-742). Stockholm: Liber

Gamper, G., Willeit, M., Sterz, F., Herkner, H., Zoufaly, A., Hornik, K., . . . Laggner, A. N. (2004). Life after death: posttraumatic stress disorder in survivors of cardiac arrest -- prevalence, associated factors, and the influence of sedation and analgesia. *Critical Care Medicine*, 32(2), 378-383.

Granja, C., Cabral, G., Pinto, A. T., & Costa-Pereira, A. (2002). Quality of life 6-months after cardiac arrest. *Resuscitation*, 55(1), 37-44.

Guyton, A. C., Hall, J. E. (2000). Textbook of medical physiology. Tenth edition. Philadelphia: W.B Saunders Company

Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. I. F. Friberg & J. Öhlén (Red.). Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt. (s. 237-262). Lund: Studentlitteratur

Hjärt- och lungfonden (2014). *Vad är plötsligt hjärtstopp?* Hämtat 2014-01-31 från <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Plotsligt-hjartstopp/>

HLR-rådet (2011). Hämtad 2014-01-31 från <http://hlr.nu/nya-riktlinjer-i-hlr-2011>

HLR-rådet. (2012a) *Hjärtstopp på sjukhus Behandling och utbildning. Riktlinjer från Svenska rådet för hjärt-lungräddning.* Hämtat 2014-01-31 från http://www.hlr.nu/sites/hlr.nu/files/attachment/Hjartstopp%20på%20sjukhus%20rev%202012_0.pdf

HLR-rådet (2012b). *Svensk hjärtstoppsforskning.* Hämtat 2014-02-14 från <http://www.hlr.nu/forskning>

HLR-rådet (2013). Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus. Hämtat 2014-02-18 från <http://www.hlr.nu/start/forskning/hjartstopp-utanfor-sjukhus>

Holmberg, S. (2007). Hjärtstopp. I Wallentin, L. (Red.). Akut kranskärslssjukdom. (s.67-77). Stockholm: Liber

Im, E.-O. (2014). Transitions Theory. I. M. Alligood (Red.). Nursing Theorists and their work 8th edition. (s. 378- 395). USA: Elsevier Inc

Kamphuis, H. C. M., Verhoeven, N. W. J., de Leeuw, R., Derksen, R., Hauer, R. N. W., & Winnubst, J. A. M. (2004). ICD: a qualitative study of patient experience the first year after implantation. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 1008-1016. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01021.x

Klemenc-Ketis, Z. (2013). Life Changes in Patients After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 7-12. doi: 10.1007/s12529-011-9209-y

Mahapatra, S., Bunch, T. J., White, R. D., Hodge, D. O., & Packer, D. L. (2005). Sex differences in outcome after ventricular fibrillation in out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 65(2), 197-202. doi: 10.1016/j.resuscitation.2004.10.017

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York : Springer Pub

Middelkamp, W., Moulart, V. R. M., Verbunt, J. A., van Heugten, C. M., Bakx, W. G., & Wade, D. T. (2007). Life after survival: long-term daily life functioning and quality of life of patients with hypoxic brain injury as a result of a cardiac arrest. *Clinical Rehabilitation*, 21(5), 425-431.

Moulaert, V. R. M., Wachelder, E. M., Verbunt, J. A., Wade, D. T., & van Heugten, C. M. (2010). Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 42(6), 553-558. doi: 10.2340/16501977-0547

Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M. E., Salvadores-Fuentes, P., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Sudden cardiac death: The perspectives of Spanish survivors. *Nursing & Health Sciences*, 13(2), 149-155. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00593.x>

Rubertsson, S. (2012). Hjärtstopp. I Larsson, A. Rubertsson, S. (Red.) Intensivvård. (s.188-202). Stockholm: Liber

Rustoen, T. (1993). Livskvalitet – en utmaning för sjuksköterskan. Oslo: Almqvist & Wiksell

Rydholm- Hedman, A-M. (2009). Aktivitet, rörelse och rörlighet. I A-K Edberg, H. Wijk (Red.). Omvårdnadens Grunder- Hälsa och ohälsa. (s.385-416). Lund: Studentlitteratur

Saner, H., Borner Rodriguez, E., Kummer-Bangerter, A., Schuppel, R., & von Planta, M. (2002). Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 53(1), 7-13.

Sarvimäki, A., Stenbock- Hult, B. (2008). Omvårdnadens etik, sjuksköterskan och det moraliska rummet. Stockholm: Liber

Schaufel, M. A., Nordrehaug, J. E., & Malterud, K. (2011). Hope in action-facing cardiac death: A qualitative study of patients with life-threatening disease. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(1).

Snellman, I. (2009). Vårdrelationer- en filosofisk belysning. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.). Omvårdnadens grunder- Perspektiv och förhållningssätt. (s.377-405). Lund: Studentlitteratur.

The SF community. SF tools, SF- 36 Health Survey Update. Hämtad 2014-02-18 från <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

Vårdhanboken (2013). Patientperspektiv på hälsa och sjukdom. Hämtad 2014-02-14 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-var-d-och-omsorg-patientperspektiv/Patientperspektiv-pa-halsa-och-sjukdom/>

Wachelder, E. M., Moulaert, V. R., van Heugten, C., Verbunt, J. A., Bekkers, S. C., & Wade, D. T. (2009). Life after survival: long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 80(5), 517-522. doi: 10.1016/j.resuscitation.2009.01.020

Wallengren, C., Henricsson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricsson (Red.) Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad. (s.481-495). Lund: Studentlitteratur

Wikström, J. (2006). Akut sjukvård. Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada. Lund: Studentlitteratur

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg, H. Wijk (Red.). Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa. (s.27-42). Lund: Studentlitteratur

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.). Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (s.45-70). Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

BILAGA 1 (söktabell)

Datum Databas	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
050214 Cinahl	Heart arrest AND Quality of life	2004-01-01 to present AND Peer review	41 st	18st	11st	(Middelkamp et al., 2007) (Moulaert et al., 2010) (Bremer et al., 2009) (Deasy et al., 2013) (Gamper et al., 2004) (Kamphuis et al., 2004)
	Heart arrest AND Patient experience	2004-01-01 to present AND Peer review	3 st	0 st	0st	
	Heart arrest AND life change events	2004-01-01 to present AND Peer review	2 st	1 st	1 st	(Klemenc-Ketis, 2013)
050214 Pubmed	Heart arrest AND Quality of life	2004-01-01 to present AND Peer review	427 st			
	Heart arrest AND Quality of life AND Survivors	2004-01-01 to present AND Peer review	53 st	23 st	5st	
100214 PsycInfo	Heart arrest AND quality of life OR patient experience	Peer review, Method: empirical study, interview, quality study	24st	2 st		(Palacios-Ceña et al., 2011)

BILAGA 2 (Mall för kvalitetsgranskning)

Mall för kvalitetsgranskning av artiklar inspirerad av Friberg (2006).

Granskning av kvalitativa studier

1. Finns ett tydligt problem formulerat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
3. Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden?
4. Är syftet klart formulerat?
5. Är metoden tydligt beskriven och relevant för studiens syfte?
6. Är undersökningspersonerna tydligt beskrivna?
7. Är analysmetoden väl beskriven?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Är resultatet väl beskrivet?
10. Har författarna tolkat studiens resultat och argumenterat för detta?
11. För det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion?
13. Finns en återkoppling till teoretiska antaganden?

Granskning av kvantitativa studier

1. Finns ett tydligt problem formulerat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
3. Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden?
4. Är syftet klart formulerat?
5. Är metoden tydligt beskriven och relevant för studiens syfte?
6. Är urvalet tydligt beskrivet och relevant för studiens syfte?
7. Är analysmetoden väl beskriven? Vilka statistiska metoder användes, var dessa adekvata?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Är resultatet väl beskrivet?
10. Har författarna argumenterat för sina resultat?
11. För det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion?
13. Finns en återkoppling till teoretiska antaganden?

BILAGA 3 (Artikelöversikt)

Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Bremer, A., et al. (2009). "To survive out-of-hospital cardiac arrest: a search for meaning and coherence." <i>Qualitative Health Research</i> 19(3): 323-338.	To describe patients' experiences of surviving OHCA, focusing on how OHCA influenced their well-being over time	En kvalitativ, deskriptiv och explorativ studie som baseras på en fenomenologisk teoretisk referensram och behandlar begreppet livsvärldsperspektivet. Nio deltagare intervjuades varpå intervjumaterialet analyserades mot den teoretiska referensramen.	Resultatet visar att deltagarna har emotionella behov och en önskan att prehospital vårdpersonal stöttar dem i att skapa en förståelse och mening i det som har hänt.	13/13. Hög
Deasy, C., et al. (2013). "Functional outcomes and quality of life of young adults who survive out-of-hospital cardiac arrest." <i>Emergency Medicine Journal</i> 30(7): 532-537.	To describe the functional and quality of life outcomes in young adults who survive OHCA	Enkätstudie via telefonintervjuer. Resultatet bygger på 56 deltagare mellan 18-39 år som överlevt ett hjärtstopp mellan januari 2003-31 december 2008. Enkäten baserades på SF-12, EQ-5D och GOS-E.	Resultatet visar att majoriteten av deltagarna bodde självständigt, hade inga problem med mobilitet, ADL, eller smärta. Drygt hälften av deltagarna (61%) uppgav dock att de hade måttlig till svår ångest. 68% hade återgått till arbetet.	10/13. Medel
Gamper, G., et al. (2004). "Life after death: posttraumatic stress disorder in survivors of cardiac arrest -- prevalence, associated factors, and the influence of sedation and analgesia." <i>Critical Care Medicine</i> 32(2): 378-383.	To investigate the prevalence of PTSD in long term cardiac arrest survivors, investigate factors related to the occurrence of PTSD, and examine the effect of sedation and analgesia on the subsequent development of PTSD	En prospektiv kohortstudie. Resultatet bygger på 143 deltagare som överlevt hjärtstopp vid utskrivningen från sjukhuset under 1991-1999 med god neurologisk status. Deltagarna fick svara på enkäter via post som byggde på DTS (för att mäta förekomsten av PTSD) och EuroQol (för livskvalitet).	Resultatet visar att omkring 1/3 av deltagarna uppnådde <40 poäng på DTS vilket indikerar förekomsten av PTSD. Det visar dessutom att deltagarna med PTSD har en signifikant lägre livskvalitet än de som inte utvecklats PTSD. Den enda faktorn som signifikant relaterade till förekomsten av PTSD var ung ålder.	12/13. Hög
Granja, C., et al. (2002). "Quality of life 6-months after cardiac arrest." <i>Resuscitation</i> 55(1): 37-44.	To evaluate HR-QOL of cardiac arrest survivors with EQ-5D, 6 months after intensive care unit discharge	Enkätstudie. Resultatet bygger på 19 deltagare som överlevt ett hjärtstopp mellan 1997-2000 som intervjuades 6 månader efter utskrivning. Intervjun byggde på enkäten EQ-5D. Resultaten jämfördes med en kontrollgrupp som utgjordes av patienter utskrivna från intensivvårdsavdelningar men med andra sjukdomstillstånd.	Resultatet visar att 8/19 deltagare arbetar. 7/19 kunde återgå till samma aktivitetsnivå som innan hjärtstoppet. 4/19 hade utvecklat anoxisk encefalopati. Ingen signifikant skillnad kunde ses mellan den uppmätta livskvaliteten hos hjärtstoppsoverlevarna och kontrollgruppen	10/13. Medel

Kamphuis, H. C. M., et al. (2004). "ICD: a qualitative study of patient experience the first year after implantation." <i>Journal of Clinical Nursing</i> 13(8): 1008-1016.	How do ICD recipients experience life during the first year after implantation of the device	21 patienter som fått en ICD fick delta i denna kvalitativa studie. De intervjuades i form av semi-strukturerade modeller, en, sex och tolv månader efter ingreppet.	Analys av data visade sju huvudkategorier; fysiska förändringar, kognitiva förändringar, uppfattningar om socialt stöd, beroende av andra, kontakt med läkare och konfrontation med död och osäkerhet kring att få en stöt av ICD:n. Ångest, osäkerhet, besvikelse, frustration, oväntade hinder, acceptans av att man nu är beroende av att ICD spelar en stor roll i sitt liv.	13/13. Hög
Klemenc-Ketis, Z. (2013). Life Changes in Patients After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. <i>International Journal of Behavioral Medicine</i> , 20(1), 7-12. doi: 10.1007/s12529-011-9209-y	To determine the association of NDEs and life changes in patients 6 months after OHCA	Prospektiv observationsstudie med 29 män och 8 kvinnor. Studien använder självskattningsskalorna NDE-scale och Life Changes Inventory	Nära-döden-upplevelse rapporterades av sju patienter. Dessa hade en signifikant större förändring i följande aspekter; tolerans för andra, förståelse för mig själv, uppskattning av naturen och känslan av en inre mening.	12/13. Hög
Mahapatra, S., et al. (2005). "Sex differences in outcome after ventricular fibrillation in out-of-hospital cardiac arrest." <i>Resuscitation</i> 65(2): 197-202.	To compare the short and long term survival and quality of life in women and men after OHCA	Retrospektiv kohortstudie. 37 kvinnor och 163 män analyserades utefter deras vård på sjukhus och denna data kompletterades av att patienterna fick självskatta sin livskvalité med skalan SF-36.	Justerade livskvalité-poäng var icke-signifikant mellan könen i begreppen om smärta, vitalitet, generell hälsa, sociala funktioner och mental hälsa.	9/13. Medel
Middelkamp, W., et al. (2007). "Life after survival: long-term daily life functioning and quality of life of patients with hypoxic brain injury as a result of a cardiac arrest." <i>Clinical Rehabilitation</i> 21(5): 425-431.	To determine the level of daily functioning and quality of life of patients with hypoxic brain injury after cardiac arrest and to investigate the predictive value of the duration of coma and post-traumatic amnesia in long term functioning	Retrospektiv kohortstudie. Resultatet bygger 32 patienter som svarat på en enkät som baseras på CFQ, FAI, IPAQ och QQLIBRI. Resultatet kompletteras med patientjournal för datainsamling.	Visade ett signifikant samband mellan längden av koma som patienten befann sig i och nedsatt kognitiv funktion ($p < 0.05$) samt påverkad livskvalité ($p < 0.01$). Längden av post-traumatiska upplevelser efter hjärtstopp visade associationer med både daglig funktion och livskvalité ($p < 0.01$).	11/ 13. Hög
Moulaert, V. R., et al. (2010). "Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest." <i>J Rehabil Med</i> 42(6): 553-558.	To study factors related to quality of life after a hypoxic period due to cardiac arrest	Retrospektiv kohortstudie. 88 patienter som överlevde ett hjärtstopp i Nederländerna mellan 2001 till 2006. Deltagare fick svara på enkät via post och fick självskatta upplevd livskvalité med skalan SF-36.	Livskvalité är relaterad till kognitiv påverkan, trötthet, ångest/ depression, PTSD och svårigheter med daglig aktivitet efter att ha överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus.	11/13. Hög

<p>Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M. E., Salvadores-Fuentes, P., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Sudden cardiac death: The perspectives of Spanish survivors. <i>Nursing & Health Sciences</i>, 13(2), 149-155</p>	<p>To investigate the life experience of Spanish patients who were successfully resuscitated following SCD in order to improve the management of these patients</p>	<p>En kvalitativ fenomenologisk studie med fyra kvinnor och fem män som intervjuades. Ostrukturerade intervjuer användes.</p>	<p>Fyra huvudteman upptäcktes i studien; möta rädslan, sökandet efter mening, uppleva döden på nära håll och ensamhet och utanförskap. Sjuksköterskan måste livsstilsförändringar hos patienter som överlevt ett hjärtstopp för att kunna bidra med passande omvårdnad efter utskrivning.</p>	<p>10/13. Medel</p>
<p>Saner, H., et al. (2002). "Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest." <i>Resuscitation</i> 53(1): 7-13.</p>	<p>To evaluate the quality of life in long term survivors of OHCA</p>	<p>Studien baseras på 40 män och 10 kvinnor som överlevt ett hjärtstopp. De fick fylla i fyra självskattningsskalor under en intervju. Studien adderade även sociodemografisk fakta samt medicinsk anamnes för att komplitera data som de sedan analyserade mot en kontrollgrupp.</p>	<p>The Psychological General Well-Being Index formulär indikerade ingen signifikant skillnad för ångest, depression, generellt välmående mellan patienterna och kontrollgruppen. Däremot visade The Nottingham Health Profile formulär en signifikans för en försämring i fysisk aktivitet, energinivåer, emotionella reaktioner och sömnmönster, jämfört med kontrollgruppen.</p>	<p>10/13. Medel</p>
<p>Schaufel, M. A., Nordrehaug, J. E., & Malterud, K. (2011). Hope in action-facing cardiac death: A qualitative study of patients with life-threatening disease. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>, 6(1).</p>	<p>To explore how hope can be experienced by patients with life threatening heart disease when coping with mortality and other existential challenges</p>	<p>En kvalitativ studie baserad på semi-strukturerade intervjuer som 11 patienter (6 kvinnor och 5 män) deltog i mellan april 2006 och maj 2009. Intervjuerna var individuella och ägde rum på sjukhus.</p>	<p>Resultatet visade att hopp kan förändra hantering av stress och förändra existentiella tankar när patienterna ställs inför döden och andra existentiella hinder. Hopp observerades som tre typer av en dynamisk faktor: att skifta perspektiv på döden i överväldigande situationer, att främja försoning istället för osäkerhet när man kliver in i nya faser i livet och att etablera en framåt anda istället för en tillbakadragande i deras identitet.</p>	<p>13/13. Hög</p>

<p>Wachelder, E. M., et al. (2009). "Life after survival: long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest." Resuscitation 80(5): 517-522.</p>	<p>To determine the level of functioning of OHCA survivors 1-6 years later, and to evaluate the predictive value of medical variables on long term functioning</p>	<p>Retrospektiv kohortstudie. . Resultatet inkluderade 63 deltagare i en enkät som varit inskrivna i samband med ett hjärtstopp på ett Nederländskt Universitetssjukhus mellan 2001 och 2006. Enkäten baserades primärt på Community Intergration Questionnaire och SF-36 (livskvalité).</p>	<p>På ett medelvärde av 3 års överlevnad efter ett hjärtstopp upplevde 74% av patienterna en lägre delaktighet i sociala sammanhang jämfört med övriga befolkningen. Hälften av patienterna rapporterade en försämring av trötthet, 38% svara att de hade ökad ångest och 24% upplevde en försämring av livskvalité.</p>	<p>11/13. Hög</p>
---	--	--	--	-----------------------