GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

LIVETS RYTM EFTER HJÄRTBYTE

En litteraturöversikt om hälsorelaterad livskvalitet efter hjärttransplantation

Författare: Pia Diding, Natalia Guldberg & Ruben Kaaling

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i Omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht25
Handledare:	Agnes Zetterman & Monica Pettersson
Examinator:	Sonia Sunny
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till våra handledare Agnes Zetterman och Monica Pettersson som stöd under arbetets gång. Vi vill även tacka våra kamrater som hjälpt till att granska vårt arbete och för givande diskussioner och inspiration.

Ett särskilt tack till våra familjer som har stöttat oss under dessa veckor.

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärttransplantation är en effektiv behandling för personer som har avancerad hjärtsvikt. Trots att hjärttransplantation förväntas bidra med en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet, tillkommer det olika utmaningar; psykiska, fysiska och sociala. Dessa utmaningar är något som måste arbetas med kontinuerligt för att uppnå en god hälsorelaterad livskvalitet. **Syfte:** Syftet var att beskriva hälsorelaterad livskvalitet hos personer som genomgått hjärttransplantation. **Metod:** Examensarbetet genomfördes som en litteraturöversikt baserad på 10 vetenskapliga artiklar med både kvantitativ och kvalitativ design. Datainsamlingen utfördes genom systematiska sökningar i databaserna PubMed och CINAHL. Artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av SBU: s granskningsmallar. **Resultat:** Tre huvudteman identifierades: psykisk livskvalitet, fysisk livskvalitet och social livskvalitet. Resultaten visade att dessa tre olika faktorer samverkade och påverkade i hög grad personens upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet. Genom att arbeta med dessa tillsammans med personerna vilka genomgått hjärttransplantation kunde hälsorelaterad livskvalitet främjas. **Slutsats:** Hälsorelaterad livskvalitet efter hjärttransplantation är mångfacetterad. Sjuksköterskans roll är att stötta personer som genomgått hjärttransplantation genom ett personcentrerat förhållningssätt där känsla av sammanhang, KASAM, kan användas som teoretisk grund för att främja begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Nyckelord: Hjärttransplantation, Hälsorelaterad Livskvalitet, KASAM, Personcentrering, Sjuksköterska

Abstract

Introduction: Heart transplantation is a lifesaving treatment for individuals with end-stage heart failure. Although the procedure is expected to improve health-related quality of life, it also entails ongoing psychological, physical, and social challenges. These challenges require continuous management to keep up a good health-related quality of life. **Aim:** The aim of this study was to describe health-related quality of life among people who have undergone heart transplantation. **Method:** The study was conducted as a general literature review based on ten peer-reviewed studies with quantitative and qualitative designs. Data was collected through systematic searches in PubMed and CINAHL. The articles were reviewed by using SBU's critical appraisal templates. **Results:** Three main themes were found: psychological quality of life, physical quality of life and social quality of life. The results showed that these three different factors interacted and influenced the person's experience of health-related quality of life. By working with these together with the people who underwent a heart transplant, health-related quality of life could be promoted. **Conclusion:** Health-related quality of life after heart transplantation is multifaceted. The nurse's role is to support individuals who have undergone heart transplantation through a person-centered approach, using Sense of Coherence, SOC, as a theoretical foundation to strengthen comprehensibility, manageability, and meaningfulness.

Keywords: Heart transplantation, Health-related Quality of Life, Sense of Coherence, Person-Centered Care, Nurse

Innehållsförteckning

Begreppslista 1
Introduktion 1
Bakgrund 1
Epidemiologi 1
Hjärttransplantation 2
Tiden innan hjärttransplantation 3
Transplantationsväntelistan 3
Tiden efter hjärttransplantation 3
Livskvalitet och hälsa relaterat till hjärttransplantation 4
Sjuksköterskans roll 4
Omvårdnadsbegrepp 5
Hälsorelaterad livskvalitet 5
Mätinstrument för livskvalitet 6
Teoretiskt ramverk 6
KASAM 6
Problemformulering 7
Syfte 7
Metod 7
Design 7
Urval 7
Inklusionskriterier 8
Exklusionskriterier 8
Datainsamling 8
Kvalitetsgranskning 9
Dataanalys 10
Etiska aspekter 10
Förförståelse 10
AI-stöd 11
Resultat 11
Psykisk livskvalitet 11
Demoraliseringssyndrom 12
Osäkerhet 12
Välbefinnande 12
Fysisk livskvalitet 12

Motivationsfrämjare för fysisk aktivitet 13
Hinder för fysisk aktivitet 13
Symtom över tid 14
Egenvård och följsamhet 14
Social livskvalitet 15
Socioekonomiska och religiösa faktorer 15
Familjeperspektiv 15
Genusperspektiv 15
Diskussion 16
Metoddisskussion 16
Resultatdiskussion 17
Psykisk livskvalitet 17
Social livskvalitet 18
Slutsatser 19
Kliniska implikationer 19
Vidare forskning 20
Referenser 20
Bilagor 25
Bilaga 1 – Databaser och slutgiltiga söksträngar 25
Bilaga 2 – Granskningsmall för exponeringsstudier 25
Bilaga 3 – Granskningsmall för kvalitativ metodik 32
Bilaga 4 – Artikelbilaga 1

Begreppslista

Anhedoni – oförmåga att uppleva njutning eller glädje från aktiviteter som tidigare var givande.

Avstötning – när immunförsvaret försöker stöta bort det transplanterade organet.

Biopsi – prov som tas från vävnad eller celler för att undersöka om det finns en sjuklig förändring.

Demoraliseringssyndrom – tillstånd där personen upplever djup hopplöshet, förlust av mening och brist på motivation.

Fatigue – sjuklig trötthet som inte går att vila bort, vanligt förekommande vid kronisk sjukdom.

Hälsorelaterad livskvalitet – en persons upplevda välbefinnande och funktion, i relation till ohälsa och sjukdom.

Kardiomyopati – förstorad hjärtmuskel, en sjuklig förändring av hjärtat.

New York Heart Association, NYHA – klassificering av hjärtsviktssymtom som delas in i fyra grader I-IV, där högre grad anses ha värre symtom.

Introduktion

Den första hjärttransplantationen genomfördes 1967, i Sydafrika. I Sverige genomfördes den första hjärttransplantationen 1984 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Sjöberg, 2020). Under de senaste decennierna har vården utvecklats men behovet att fördjupa kunskapen inom området kvarstår. Personer som genomgått hjärttransplantation befinner sig i en fysiskt och psykiskt sårbar situation sårbar situation. De står inför en livslång behandling med immunsupprimerande läkemedel, risk för komplikationer och ständig oro för avstötning av det nya hjärtat.

Att genomgå en hjärttransplantation är en omfattande livsomställning, där personen gradvis måste anpassa sig till livet med ett nytt hjärta. Att uppleva god hälsorelaterad livskvalitet efter hjärttransplantation är viktigt. Det är en central del för återhämtningen och kräver högspecialiserad vård och ett personcentrerat förhållningssätt. Detta för att stödja både den fysiska och psykiska återhämtningen (Almgren m.fl., 2020). Syftet med detta examensarbete är därför att beskriva hälsorelaterad livskvalitet hos personer som genomgått hjärttransplantation.

Bakgrund

Epidemiologi

Hjärttransplantation är en livräddande behandling vid avancerad hjärtsvikt. Trots detta bör tillståndet beaktas som ett kroniskt tillstånd, eftersom behandlingen efter hjärttransplantation

är livslång (Almgren, m.fl., 2021). Kardiomyopati, förstorad hjärtmuskel, är den ledande orsaken till hjärtsvikt där hjärttransplantation är indikerat (Colvin m.fl., 2021).

I Sverige utförs det mellan 60–70 hjärttransplantationer per år, enligt statistik från Svenska Thoraxtransplantationsregistret (STRAX, u.å.a). Medelåldern för personer som blir hjärttransplanterade är ca 50 år (STRAX, u.å.b). Majoriteten av de personer som genomgick hjärttransplantation under 2019 var män mellan 50–64 år (Colvin m.fl., 2021). Ett årsöverlevnaden efter hjärttransplantation är strax under 95% åren 2015–2024 (STRAX, u.å.d). Åren 2015–2024 är femårsöverlevnaden fortsatt strax under 95% och tioårsöverlevnaden under 85% (STRAX, u.å.c).

Medelvärdet på antal dagar som personer väntar för att bli hjärttransplanterade, från listning till operation, var 150 dagar år 2024. Endast 6% av personer som var uppskrivna på väntelistan togs ner, då de antingen blivit försämrade i sin sjukdom eller avlidit. Vårdtiden efter transplantation beräknades till ett medelvärde på 31 dagar år 2024. Samma år rapporterades det inga återinläggningar på intensivvårdsavdelning inom de följande 72 timmarna efter hjärttransplantation. Däremot var det 25% av de personer som genomgått hjärttransplantation som fick genomgå en oplanerad re-operation vid samma vårdtillfälle (Socialstyrelsen, 2024).

Hjärttransplantation

Den främsta indikationen för hjärttransplantation är när den bedöms förbättra personens hälsorelaterade livskvalitet i jämförelse med tillståndet innan (Mehra m.fl., 2016). Hjärttransplantation indikeras även när all given behandling inte längre ger effekt hos en person som lider av avancerad hjärtsvikt. Dessutom bedöms hur troligt det är om personen överlever ett år till utan hjärttransplantation. Hjärtsvikten ska även bedömas enligt NYHA-grad III-IV för att hjärttransplantation ska bli aktuellt (Sjöberg, 2020).

New York Heart Association, NYHA, är en funktionsklassificering där symtomens allvarlighetsgrad bedöms hos en person med hjärtsvikt. Funktionsklassificieringen av symtom delas in i fyra grader, I-IV, där NYHA-grad-I innebär att personen har nedsatt hjärtfunktion utan symtom, till NYHA-grad-IV vilket innebär att personen har en svår hjärtsvikt med både andfåddhet och trötthet i vila, samt att personen ofta är säng- eller stolsbunden. NYHA är viktig för att kunna bedöma prognos av hjärtsvikt och används som ett kriterium för många hjärtsviktsbehandlingar (Rydberg & Holst, 2020).

Hjärttransplantation kontraindiceras vid svår eller irreversibel systemsjukdom i flera organ, nedsatt njur- eller leverfunktion, all aktiv infektion, kroniska infektionssjukdomar såsom HIV, hepatit med avancerad leverskada, tuberkulos, syfilis, misskött diabetes mellitus, svår obesitas, skörhet och en icke-fungerande social situation. Skörheten baseras på om personen upplever minst tre symtom av följande: oavsiktlig viktminskning, muskelförlust, trötthet, långsam gång eller låg fysisk aktivitet. För hjärttransplantation bedöms den sociala situationen, vilket väger in den kognitiva och psykologiska funktionen. Vid allvarlig demens eller psykisk sjukdom ses idag ingen nytta att transplantera, eftersom det anses att vissa personer inte har förmågan att förstå och samarbeta kring medicinsk vård. Detta innebär alltså en risk för större skada än nytta, då risk för bristande följsamhet till behandlingsplan föreligger (Mehra m.fl., 2016). Hjärttransplantation kontraindiceras även vid ett aktivt drog- eller alkoholmissbruk (Sjöberg, 2020).

Tiden innan hjärttransplantation

Innan hjärttransplantation görs en utredning för att avgöra om personen med avancerad hjärtsvikt är aktuell för hjärttransplantation. Utredningens syfte är att besvara två centrala frågeställningar; är hjärtat så sjukt att det måste bytas ut? Är resterande organ i kroppen tillräckligt friska för att klara av bytet? Dessutom bedöms övrig hälsa i organsystemet samt personens sociala situation, för att avgöra om personen klarar av den livslånga behandlingen (Andersson & Nilsson, 2020).

Inför att en person sätts upp på väntelistan för hjärttransplantation, får denne genomgå en stor utredning. Utredningen innefattar undersökning av blodprover för organfunktion, blodgruppering, vävnadstypning samt förekomst av antikroppar. Övriga organsystemet undersöks genom ultraljud av njurar, datortomografi av thorax, buk samt stora kärl och dopplerundersökning av halskärl. Personens kardiovaskulära funktioner undersöks också genom arbetsprov med maximalt syrgasupptag, koronarangiografi samt ekokardiografi. Slutligen undersöks tecken på cancer eller infektion, tandstatus med risk för infektionshärdar och kalk-nivå i skelett för att se om skelettet tolererar läkemedelsbehandlingen efter hjärttransplantation (Sjöberg, 2020).

Transplantationsväntelistan

I Skandinavien finns organutbytesorganisationen Scandiatransplant, grundad 1969 som täcker Sverige, Finland, Norge, Danmark, Island och Estland; en befolkning på cirka 29,7 miljoner invånare. Scandiatransplant ägs gemensamt av sjukhusen som utför transplantationer och de utför omkring 2000 transplantationer årligen. Syftet är att fungera som en organutbytesresurs för medlemsjukhusen, upprätthålla en gemensam väntelista, säkerställa en fullständig spårbarhet från organdonatorer till patienter, driva uppföljningsregister för de transplanterade personerna och bilda ett samarbetsnätverk för att främja forskning och utveckling inom organdonation och transplantation. Personerna som väntar på transplantation listas på en gemensam lista för respektive organ (Scandiatransplant, 2025). Väntelistorna finns för att alla ska få en reell chans att få ett hjärta (Sjöberg, 2020).

Tiden efter hjärttransplantation

Under den tidiga post-operativa perioden är risken för komplikationer som högst, denna risk minskar dock med tiden. Detta innebär däremot inte att personer som genomgått hjärttransplantation lever ett fullständigt riskfritt liv. Efter hjärttransplantation ökar risken för kärlförträngningar i hjärtats kranskärl; rökning blir strikt förbjudet och lipidsänkande läkemedel sätts in. Efter hjärttransplantation blir personer behandlade med immunsupprimerande läkemedel innan och efter operationen och därefter är behandlingen livslång. Behandlingen kan till en början vara svår, då biverkningarna är många. En allvarlig biverkning av immunsupprimerande läkemedel är förhöjd risk för cancer, främst lymfom och hudtumörer. På grund av denna ökade risk ombedes personerna att regelbundet undersöka hudkostymen samt undvika solexponering. Vissa immunsupprimerande läkemedel måste följas upp med regelbundna blodprover då de kan vara njurtoxiska. Behandling med immunsupprimerande läkemedel innebär även en ökad infektionskänslighet. Därför måste hänsyn tas till en ökad infektionskänslighet för resten av livet eftersom en infektion nu kan leda till döden. Försiktighet innefattar att personerna behandlade med immunsupprimerande

läkemedel bör undvika andra smittade personer, få antibiotikaprofylax inför tandläkarbesök, inte tatuera sig eller pierca sig samt beakta risken för infektion från djur (Sjöberg, 2020).

Ett annat exempel på läkemedel som personerna som genomgått hjärttransplantation erhåller är Kortison, där biverkningar innefattar ökad hårväxt på kroppen, tandköttsproblem, illamående, muskelkramper samt en möjlig psykisk påverkan i form av eufori eller depression under perioder med högre doser av läkemedlet (Sjöberg, 2020).

Personer som genomgått hjärttransplantation får gå på regelbundna kontroller hos läkare och sjuksköterskor livet ut. Vanligtvis är dessa kontroller var tredje månad. En gång per år får de genomgå en större undersökning på universitetssjukhus. Första månaden efter hjärttransplantation får personen genomgå hjärtkateterisering med biopsitagningar varje vecka, därefter mer sällan. Detta för att försäkra sig om att kroppen inte försöker stöta bort det nya hjärtat. Skulle tecken på avstötning upptäckas sätts höga doser immunsupprimerande läkemedel in för att häva avstötningsprocessen (Sjöberg, 2020). Vid dessa hälsokontroller och provtagningar kan depression och stress förekomma (Milaniak m.fl., 2016). Demoraliseringssyndrom är ett fenomen vanligt förekommande vid kronisk sjukdom. Det blir särskilt framträdande vid progrierande sjukdom med oberäknelig prognos. Demoraliseringssyndrom är en följd av oförmåga att hantera stress, upplevelsen av maktlöshet och hopplöshet, vilket bland annat ofta leder till nedstämdhet, irritation, ångest, förvirring och minskad livslust (Hsu m.fl., 2022).

Livskvalitet och hälsa relaterat till hjärttransplantation

Tidigare studier visar på att personens hälsorelaterade livskvalitet påverkas efter hjärttransplantation, på grund av flera faktorer; såsom psykiska, fysiska och sociala. Livet efter hjärttransplantation innebär en gradvis anpassning till både kroppslig förändring och ny vardag, där den livslånga läkemedelsbehandlingen blir en del av livet. Förutom kroppens anpassning till det nya hjärtat och biverkningar av läkemedelsbehandlingen kan även existentiella och sociala förändringar påverka upplevelsen av hälsa och hälsorelaterad livskvalitet (Dalvindt m.fl., 2020b). Jobst m.fl. (2022) beskriver att möjligheten att återgå till arbete eller annan meningsfull sysselsättning är starkt kopplad till ökad hälsorelaterad livskvalitet och förbättrad psykisk hälsa.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans centrala roll är att ge personer i behov av vård god omvårdnad nu och i framtiden. Sjuksköterskan ska främja en läkande miljö och arbeta för stödjande insatser för personer i behov. Detta innefattar att visa respekt, lyhördhet, omsorg, medkänsla och empati för personer som befinner sig i en sårbar situation. Genom att arbeta på ett evidensbaserat sätt, bidrar sjuksköterskan till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård i människans alla faser i livet, i enligt med Svensk Sjuksköterskeförening (SSF, 2021).

För personer som genomgått hjärttransplantation ska sjuksköterskan ge både somatisk och psykisk omvårdnad. Den medicinska omvårdnaden innefattar att observera personen för tidig upptäckt av komplikationer, såsom avstötning eller infektioner. Sjuksköterskan genomför regelbundna kontroller, däribland tas blodprover, blodtryck, syrgasmättnad, temperatur och vikt. Om tecken på avstötning upptäcks genomförs hjärtmuskelbiopsi. Detta är det enda sättet att fastställa diagnosen för avstötning. Utöver detta tillser sjuksköterskan att personen inte

riskerar exponeras för smittad vårdpersonal eller smittade anhöriga (Andersson & Nilsson, 2020).

I samband med en hjärttransplantation uppstår även existentiella frågor och tankar. I väntan på nytt hjärta kan dödsångest upplevas. Efter att personen erhållit nytt hjärta kan dödsångest övergå till livsångest. Livsångest innebär att upplevelsen och innebörden av överlevnad är övermäktigt för personen. Här blir sjuksköterskans roll att stödja personen som genomgått hjärttransplantation, genom att undervisa hur det är att leva med ett nytt hjärta (Andersson & Nilsson, 2020).

För att stödja personer som genomgått hjärttransplantation är det är av ytterst vikt att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att personen är i fokus, inte sjukdomen. *Patienten* blir *person* och det är nu viktigt att bekräfta personen som besitter egna resurser, värderingar och mål, snarare än som en passiv mottagare av behandling. Sjuksköterskan tar reda på vem personen är genom att efterfråga dennes historia, relationer, resurser, svagheter och förhoppningar. Det som sjuksköterskan bör göra för att arbeta personcentrerat är att implementera tre praktiska rutiner i den kliniska vardagen. Dessa är att initiera partnerskap genom personens berättelse, arbeta i partnerskap genom delat beslutsfattande och säkerställa partnerskapet genom dokumentation. Detta bidrar enligt forskning till bättre överensstämmelse i behandlingsplaner, vårdresultat och patienttillfredsställelse men det krävs då att vårdavdelningar etablerar rutiner för detta så att det är praktiskt möjligt att genomföra (Öhlén & Friberg, 2019). Genom att ge *patienten* utrymme att presentera sig som en *person* med en sjukdom, och inte sjukdomen endast, bidrar detta till att stärka och motivera personen att aktivt delta i sin vård och komma fram till gemensamma lösningar (Ekman m.fl., 2011).

Omvårdnadsbegrepp

Hälsorelaterad livskvalitet
Efter en hjärttransplantation genomgår individen en betydande förändring i sin livssituation, där psykisk återhämtning, förbättrad fysisk kapacitet och social anpassning samverkar. Hälsorelaterad livskvalitet är därför ett centralt begrepp för att förstå hur individen upplever och värderar sin hälsa i relation till de förändringar som uppstår efter en hjärttransplantation. Ur ett omvårdnadsperspektiv förstås hälsa som en dynamisk process i vilken balans mellan psykiska, fysiska, och sociala dimensioner bidrar till upplevelsen av välbefinnande (SSF, 2024).

Hälsorelaterad livskvalitet består av flera dimensioner som sträcker sig bortom de rent medicinska. Hälsorelaterad livskvalitet kan liknas vid en snävare variant av det mer traditionella begreppet livskvalitet. Emotionell uthållighet, sociala relationer, smärta, kognition och upplevelsen av kontroll över livet identifieras som centrala aspekter (Heijdra Suasnabar m.fl., 2024). För personer som genomgått hjärttransplantation handlar hälsorelaterad livskvalitet inte enbart om den fysiska funktionen, utan också om upplevelsen av trygghet, autonomi och delaktighet i det dagliga livet. Den subjektiva upplevelsen av att kunna påverka sitt eget liv och att känna mening i vardagen framträder som centrala faktorer för en god hälsorelaterad livskvalitet (Willman, 2019).

Utifrån ett omvårdnadsperspektiv innebär det att vården efter hjärttransplantation bör utformas utifrån ett helhetstänkande. Sjuksköterskans roll är att identifiera och stödja dimensioner av hälsa som bidrar till personens anpassning och livskvalitet. Genom att främja personens resurser, stärka känslan av kontroll och uppmuntra till social delaktighet kan

omvårdnaden bidra till en god återhämtning och förbättrad livskvalitet på både fysisk och existentiell nivå (SSF, 2024).

Mätinstrument för livskvalitet
För att kunna göra en bedömning av hälsorelaterad livskvalitet hos personer som genomgår medicinska behandlingar såsom hjärttransplantation, används flera olika mätinstrument. Dessa verktyg syftar till att mäta individens subjektiva upplevelse av hälsa ur både fysiska, psykiska och sociala perspektiv (Heijdra Suasnabar m.fl., 2024). SF-36 är ett etablerat verktyg som mäter hälsorelaterad livskvalitet genom 36 frågor inom åtta domäner av hälsa. De två huvudsakliga delarna är den fysiska och den psykiska komponenten, som kombineras för att ge ett antal poäng som motsvarar personens upplevda hälsorelaterade livskvalitet (Hays & Morales, 2001). EQ-5D används för att mäta självskattad hälsorelaterad livskvalitet genom fem frågor inom fem domäner av hälsa samt en visuell analog skala där hälsan skattas mellan 0–100 poäng (EuroQol Group, 1990).

Teoretiskt ramverk

KASAM
Hälsa kan definieras objektivt som avsaknad av sjukdom eller subjektivt i hur personen upplever och hanterar sitt liv och utmaningar. Aaron Antonovskys teori om känsla av sammanhang, KASAM, använder begreppen hälsa och ohälsa parallellt med det mer traditionella ”hälsa” och ”sjukdom”. Teorin fokuserar på framför allt friskfaktorer, men även riskfaktorer, med premissen att hälsa uppstår när personen upplever KASAM. Desto högre KASAM desto större motståndskraft mot ohälsa. Centrala begrepp, eller dimensioner, som beskrivs och samverkar inom det teoretiska ramverket är *Meningsfullhet, begriplighet* och *hanterbarhet* (Antonovsky m.fl., 1991).

1. *Meningsfullhet*

Meningsfullhet anses vara den viktigaste dimensionen av KASAM. Meningsfullhet avser hur personen upplever att hen medverkar och upplever engagemang i händelser.

2. *Begriplighet* och *hanterbarhet*

Begriplighet avser hur personen upplever och förstår händelser som påverkar både den egna personen och händelser i omvärlden. För att tillvaron ska vara begriplig är både struktur och rationalitet centralt. Hanterbarhet kan liknas vid personens förmåga till problemlösning där personens resurser avgör huruvida kontroll upplevs.

Riskfaktorer bidrar till att sjukdom uppstår, som i sin tur kan minska individens upplevelse av meningsfullhet, begriplighet eller hanterbarhet. När dessa dimensioner minskar i styrka ökar risken för ohälsa. En person med svår sjukdom kan ha hög KASAM om hen känner mening och begriplighet i tillvaron, samtidigt som en person fri från sjukdom men utan mening eller begriplighet kan ha låg KASAM (Antonovsky m.fl., 1991). Bland personer som genomgått hjärttransplantation förekommer olika nivåer av KASAM, låg nivå kan kopplas till flera fysiska och psykiska symtom samt sämre hälsorelaterad livskvalitet (Hsu m.fl., 2022). Sjuksköterskan kan genom personcentrerad omvårdnad bidra till att personen förstår sin situation bättre eller upplever livet mer hanterbart och leda till stabil, eller ökad KASAM trots sjukdom (Langius-Eklöf & Sundberg, 2019).

Problemformulering

Hjärttransplantation är en avgörande behandling för personer med avancerad hjärtsvikt. Den första hjärttransplantationen utfördes för snart 60 år sedan och vården rörande hjärttransplantation har utvecklats mycket sedan dess. Däremot kvarstår psykiska, fysiska och sociala påfrestningar samt nya utmaningar för personer som genomgår hjärttransplantation idag. Utifrån ett fysiskt perspektiv är den första perioden den mest kritiska riskfylld med risk för komplikationer såsom avstötning eller infektion, därefter är återhämtningsprocessen efter transplantationen lång. Detta i sig kan påverka personens dagliga liv och välbefinnande. Utöver fysiska påfrestningar tillkommer psykiska. Rädsla för komplikationer, en livslång behandling med läkemedel och förändringar i kroppens funktion kan upplevas överväldigande och eventuellt leda till ångest och depression, vilket påverkar hälsorelaterad livskvalitet. Även om överlevnaden för hjärttransplantation idag är längre än förr, visar forskning att fysiska och psykiska utmaningar kan ha en långvarig effekt på individens upplevda hälsa och livskvalitet. Trots detta är kunskapen om långsiktig hälsorelaterad livskvalitet begränsad, särskilt utifrån omvårdnadsperspektiv. Att få en ökad förståelse för personers erfarenheter av vad som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten är viktig för sjuksköterskan. Denna kunskap kan bidra till utveckling av stödjande och individanpassad vård som främjar en god återhämtningsprocess och hälsorelaterad livskvalitet.

Syfte

Syftet med examensarbetet är att beskriva hälsorelaterad livskvalitet hos personer som genomgått hjärttransplantation.

Metod

Design

Detta examensarbete genomfördes som en litteraturöversikt, med syftet att beskriva personers hälsorelaterade livskvalitet efter hjärttransplantation. Litteraturöversikten gjorde det möjligt att inkludera både kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar. Genom att använda sig av dessa kunde en bred överblick skapas av det studerade ämnet. Litteraturöversikten möjliggjorde även att skapa en grund för kommande problemformulering och vidare forskning inom samma ämne (Friberg, 2022).

Urval

Innan sökningen påbörjades, formulerades en tydlig problemformulering och syftet avgränsades. Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2024a) kunde PICO-formatet användas för att göra en strukturerad problemformulering. I detta arbete var C – Comparison, på svenska *jämförelse*, inte relevant då syftet inte handlade om att jämföra. PICO-formatet användes för att undersöka effekten av insatser (SBU, 2024a). För arbetet blev det relevant eftersom det beskrev hjärttransplantations effekt på hälsorelaterad livskvalitet. Med hjälp av formatet skapades sökblock vilka användes för att skapa en slutgiltig söksträng. Sökblock ses i tabell 1.

I tabell 1 ses även MeSH-termer, dessa användes för att hitta specifika sökord som användes för att söka vetenskapliga artiklar i databaser. MeSH-termer har en svensk och engelsk översättning samt en förklaring på vad sökordet betyder (Karolinska Institutet Svensk MeSH, u.å.). Vetenskapliga artiklar som ej ansågs besvara syftet för arbetet exkluderades (Olsson & Sörensen, 2021).). Screeningprocessen redovisas i *Figur 1*. Referenshanteringssystemet Zotero har använts för att hantera dubbletter.

Inklusionskriterier
Inklusionskriterierna för detta arbete var att samtliga deltagare från de vetenskapliga artiklarna var över 18 år. Det skulle även vara vetenskapliga artiklar som var peer-reviewed. Artiklarna fick inte vara äldre än 10 år för att säkra senaste evidens.

Exklusionskriterier
Exklusionskriterierna för detta arbete var pediatrisk population, artiklar som inte var originalartiklar samt alla artiklar som ej var skrivna på engelska.

Tabell 1. PICO-formatet

Sökblock	MeSH-termer
Population	Transplant recipients
Intervention	Heart transplantation
Outcome	Health related quality of life

Datainsamling

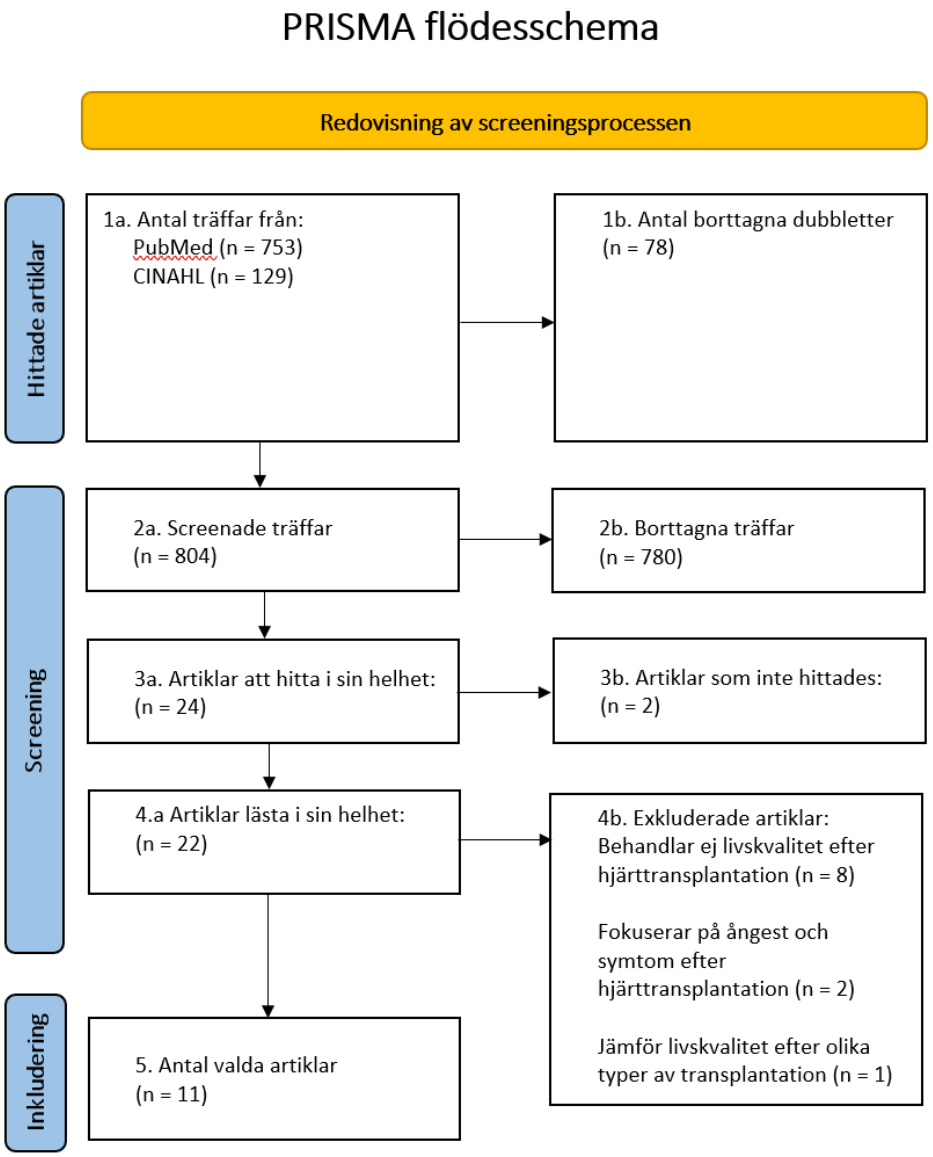
Innan den slutgiltiga sökningen gjordes för att välja vilka vetenskapliga artiklar som ska inkluderas i resultatet, genomfördes flera test-sökningar med olika kombinationer av sökord, booleska operatorer och filter. De olika sökträffarna jämfördes sedan för att hitta bäst lämpade artiklar för syftet och slutligen valdes en enhetlig söksträng. Slutgiltig söksträng i bilaga 1.

I sökningarna användes Boolesk söklogik. Med hjälp av booleska operatörer såsom ”OR”, ”AND” och ”NOT” kunde sökorden kombineras beroende på hur de skulle användas i en sökning. Dels för att få en större mängd vetenskapliga artiklar på sökningen, dels för att begränsa sökningen. ”AND” användes när orden kombinerades i de olika sökblocken, exempelvis Heart recipients AND Quality of Life. ”OR” användes för att få fler artiklar genom att de använda sökorden kompletterades med synonymer inom samma sökblock, exempelvis Quality of Life ”OR” Attitude to health. En annan sökteknik som användes i arbetet var trunkering. Trunkering tillät sökning på ordstammen genom att sätta * bakom, databasen kunde då söka upp alla böjningsformer av ordet, exempelvis recipient* (Östlundh, 2022).

De två slutgiltiga sökningarna gjordes i databaserna PubMed och CINAHL. PubMed innehöll vetenskapliga artiklar vilka berörde ämnen såsom medicin och hälsa, medan CINAHL hade vetenskapliga artiklar förankrade i omvårdnadsvetenskap. Valet av dessa databaser var av

yttersta vikt, eftersom dessa försäkrade att de vetenskapliga artiklarna var kvalitetsgranskade (Östlundh, 2022

Figur 1 – PRISMA flödesschema



Kvalitetsgranskning

De vetenskapliga artiklarna som inkluderades för examensarbetets resultat kvalitetsgranskades. Granskningsmallarna som följdes var SBU:s egna granskningsmallar för exponeringsstudier och kvalitativa studier, se dessa i bilaga 2 och bilaga 3. I SBU:s granskningsmallar granskades hur hög risken för bias var. Den slutgiltiga bedömningen enligt SBU:s granskningsmallar var att den vetenskapliga artikeln hade låg, medel eller hög risk för bias. Granskning för bias i vetenskapliga artiklar var ett viktigt steg för att inte riskera vinklade resultat (SBU, 2024b). Samtliga artiklar som valdes ut från PubMed verifierades att de genomgått Peer-review via UlrichsWeb (ProQuest, u.å.).

Dataanalys

För att möjliggöra en systematisk och strukturerad litteraturanalys så gjordes analysen, inspirerad av Friberg (2022) i flera steg och dessa beskrevs i fyra punkter nedan. Syftet med analysen var att få en samlad bild av hälsorelaterad livskvalitet hos personer som genomgått hjärttransplantation vilket gjordes genom att identifiera likheter och skillnader i resultaten.

1. För att få en helhetsbild av artiklarna så lästes dessa igenom ett flertal gånger. Därefter letades det efter delar, teman, som svarade mot syftet i studien bland annat faktorer som påverkade psykisk, fysisk och social livskvalitet. Information som inte svarade mot syftet exkluderades.
2. Därefter fördes data såsom artikelns författare, titel, syfte, metod, urval, resultat och kvalitet in i en översiktstabell, se bilaga 4. Detta gjorde det mer överblickbart för att kunna jämföra artiklarna.
3. Efter detta så jämfördes resultaten för att kunna identifiera återkommande mönster samt skillnader. Det gjordes en komprimering av materialet där tre preliminära övergripande huvudteman i livskvalitet sågs: psykisk, fysisk och social aspekt.
4. I det sista steget genomfördes en tematisk sammanställning där de tre preliminära huvudteman användes för att strukturera resultatdelen. Varje preliminära huvudtema analyserades därefter vidare för att identifiera underliggande subteman som beskrev olika faktorer som påverkade livskvaliteten. Inledningsvis identifierades fem preliminära teman och 15 subteman för att möjliggöra en mer nyanserad och detaljerad analys. Genom jämförelse och sammanslagning av likartade teman kondenserades dessa till tre tydliga huvudteman med tre till fyra subteman vardera. Denna struktur bidrog till att synliggöra både förbättringar och kvarstående utmaningar som personer efter hjärttransplantation möter, samt gav en ökad förståelse för hur de psykiska, fysiska och sociala dimensionerna samverkar (Friberg, 2022).

Etiska aspekter
Då detta var en litteraturöversikt hade data endast insamlats från redan producerade etiskt godkända studier. Det innebar att de etiska övervägandena främst berörde urvalet, granskningen och hanteringen av redan publicerad forskning. I de inkluderade artiklarna hade redan informerat samtycke inhämtats från deltagarna och studierna var redan etikprövade i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013).

Det togs även hänsyn till forskningsetiska riktlinjer enligt Vetenskapsrådet (2024), vilket innebar att arbetet utfördes med korrekt och transparent källhantering samt rättvisande återgivning av resultatet och konsekvent undvikande av plagiering.

Då detta var ett forskningsområde som berörde patienter i en utsatt livssituation så var den etiska medvetenheten särskilt viktig. Forskning som berörde livskvalitet kunde framkalla existentiella och känslomässiga frågor, vilket ställer krav på den primära forskningen och analysen och att dessa behandlas med respekt och omtanke. Etiska överväganden genomsyrade hela processen med målet att undvika feltolkningar och att säkerställa att deltagarnas erfarenheter återgivits på ett korrekt och respektfullt sätt (Vetenskapsrådet, 2024; SSF, 2021).

Förförståelse
Innan syftet och problemformuleringen formulerades hade författarna diskuterat sin gemensamma förförståelse att den hälsorelaterade livskvaliteten efter hjärttransplantation var låg, särskilt den psykiska livskvaliteten. Denna uppfattning grundades på en allmän

föreställning om att en hjärttransplantation är en svår behandling med långvariga fysiska och psykiska besvär.

Under de första sökningarna som gjordes för att få en förståelse för ämnet upptäckte författarna att deras tidigare uppfattningen inte stämde överens fullständigt med tidigare forskning. Detta bidrog till en medvetenhet om förförståelsen och hur denna kunde riskera att påverka tolkning av resultatet. Samtidigt identifierades kunskapsluckor i aspekter relaterade till hälsorelaterad livskvalitet och detta bidrog till formuleringen av examensarbetets syfte och problemformulering på ett mer neutralt sätt.

AI-stöd
Generativ AI har endast använts som språkstöd för detta examensarbete.

Resultat

Resultatet för detta examensarbete sammanställdes utifrån tio vetenskapliga artiklar; två med kvalitativ ansats, sex kvantitativa tvärsnittsstudier samt två kvantitativa longitudinella studier. Studierna genomfördes i Italien, Polen, Spanien, Storbritannien Sverige, Sydkorea och Taiwan. Medelåldrarna i studierna var mellan 50 år och 62 år. Majoriteten av de personer som genomgått hjärttransplantation och deltagit i studierna var män. Med hjälp av artiklarna kunde syftet, vilket var att beskriva hälsorelaterad livskvalitet hos personer som genomgått hjärttransplantation, besvaras. Detta resulterade i tre huvudteman med tio subteman. Dessa presenterades i tabell 2 nedan.

Tabell 2. Teman och subteman

Teman	Subteman
Psykisk livskvalitet	• Demoraliseringssyndrom • Osäkerhet • Välbefinnande
Fysisk livskvalitet	• Motivationsfrämjare för fysisk aktivitet • Hinder för fysisk aktivitet • Symtom över tid • Egenvård och följsamhet
Social livskvalitet	• Socioekonomiska och religiösa faktorer • Familjeperspektiv • Genusperspektiv

Psykisk livskvalitet

Temat psykisk livskvalitet berör personens psykiska symtom och välbefinnande. Det framkom att dessa var centrala i personens upplevda hälsorelaterade livskvalitet. Hjärttransplantation medförde flera psykiska utmaningar som exempelvis stress, ångest, demoralisering och låg optimism. Detta presenterades i följande subteman: *Demoraliseringssyndrom, Osäkerhet* och *Välbefinnande.*

Demoraliseringssyndrom
Demoraliseringssyndrom drabbade ungefär var tredje hjärttransplanterade person och hade en stark inverkan på livskvalitet, psykiskt och fysiskt välbefinnande och kunde användas för att förutspå livskvalitet. Det var mer frekvent förekommande hos personer som genomgått hjärttransplantation för mer än tre år sedan, jämfört med de som transplanterats mer nyligen. Demoraliseringssyndrom korrelerade bland annat med lipidstatus, kreatininvärde, utbildningsnivå samt provsvar efter hjärtmuskelbiopsi (Wu m.fl., 2019).

Osäkerhet
Personer som genomgått hjärttransplantation var ständigt medvetna om risken för allvarliga komplikationer, exempelvis infektioner eller avstötning vilket bidrog till stress, oro och psykisk belastning. Regelbunden provtagning kunde skapa både trygghet och otrygghet. Oro i väntan på provsvar, samt om provsvaren inte stämde överens med personens egna mående skapade osäkerhet gällande hur hälsan faktiskt var och vad personen skulle lita på; sin egen upplevelse eller provsvaren. Vissa personer hade bra provsvar och god upplevd hälsa men kände fortfarande osäkerhet. Stress ökade både i samband med provtagning och i väntan på provsvar. Personerna upplevde bristande stöd från vården och att deras oro inte togs på allvar vilket skapade känslor av övergivenhet samt minskad trygghet (Almgren m.fl., 2017; Wu m.fl., 2019). Stress förknippades med exempelvis provsvar från hjärtmuskelbiopsi, blodtryck och utbildningsnivå (Wu m.fl., 2019).

Vanligt förekommande var att framtiden upplevdes som oviss. Flera av personerna undrade om de skulle kunna arbeta igen, uppleva att deras barn växte upp eller hur länge till de skulle överleva. Även oro, självkritik och skam över hur de skötte sin träning och diet var vanligt förekommande, det vanligaste var att de inte tyckte att de följde rekommendationer, ordinationer och egenvård tillräckligt väl. Upplevelsen av osäkerhet påverkade även det sociala livet, där vissa personer undvek sociala sammanhang av rädsla för att bli smittade eller överansträngа sig (Almgren m.fl., 2017; Kim m.fl., 2019).

Välbefinnande
Psykiskt välbefinnande hade måttlig inverkan på den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten. Personerna upplevde att deras optimism samt psykiska och spirituella välbefinnande var lågt (Cannavò m.fl., 2019; Kim m.fl., 2019; Milaniak m.fl., 2020).

Innan hjärttransplantation var upplevde majoriteten dåligt psykiskt välbefinnande, motsatsen sågs tre månader efter hjärttransplantation. Tre år efter transplantation var antalet som upplevde gott psykiskt välbefinnande som högst. I genomsnitt ökade antalet som upplevde gott psykiskt välbefinnande för varje år som gick, under de kommande fem åren. Majoriteten upplevde gott psykiskt välbefinnande vid samtliga mätningar efter hjärttransplantationen (Dalvindt m.fl., 2024). Psykisk stress och upplevda fysiska symtom som exempelvis smärta och fatigue korrelerade med sänkt hälsorelaterad livskvalitet medan hög optimism korrelerade med ökad hälsorelaterad livskvalitet (Dalvindt m.fl., 2020a).

Fysisk livskvalitet

Temat fysisk livskvalitet berörde individens kroppsliga förmåga att kunna utföra fysisk aktivitet, vad som motiverade rörelse, vilken påverkan som symtom hade på det vardagliga livet och hur egenvården kunde se ut i återhämtningsprocessen. Genom att lyfta detta tema belystes hur personer som genomgått en hjärttransplantation upplevde sin nya livssituation och livskvalitet. Detta presenteras i följande subteman: *Motivationsfrämjare för fysisk aktivitet, Hinder för fysisk aktivitet, Symtom över tid* och *Egenvård och följsamhet.*

Motivationsfrämjare för fysisk aktivitet
För personer som genomgått en hjärttransplantation identifierades en positiv korrelation mellan fysisk aktivitet och hälsorelaterad livskvalitet. Många menade att de blivit mer fysiskt aktiva efter sin hjärttransplantation än de var innan. Trots att majoriteten ökade sin fysiska aktivitet efter hjärttransplantation, krävdes olika lång tid för personerna att återfå förmågan till att utföra fysisk aktivitet. Återhämtningsperioden kunde därför bland vissa vara längre än de hade förväntat sig (Kim m.fl., 2019; Klompstra m.fl., 2025).

Både motivationshöjande faktorer och hinder kopplades till fysisk aktivitets inverkan på fysisk livskvalitet. Livslust, förbättrad kroppslig funktion, fysisk aktivitet tillsammans med andra samt användning av hjälpmedel presenterades som motivationshöjande faktorer. Efter hjärttransplantation återfann flera livslust och menade att de kände en motivation till att kunna utföra fysisk aktivitet igen. Dessutom bidrog regelbunden fysisk aktivitet till en ökad kroppslig funktion, förbättrad kondition och en ökad förmåga att utföra fysiskt arbete, vilket var motiverande. Flera ansåg att regelbunden rörelse även bidrog till ökning av muskelmassa samt minskning av kroppsfett, vilket bidrog till underlättad andning och gav mer energi. Slutligen framkom även att fysisk aktivitet bidrog till att minska stillasittande och isolering hemma (Klompstra m.fl., 2025).

Att utföra fysisk aktivitet ihop med vänner eller familj var mycket motiverande, då upplevdes mer dynamiskt och angenämt. Familjens inverkan på egenvård och fysisk aktivitet sågs som positiv. De ansåg att fysisk aktivitet inte endast bidrog till återhämtning. Genom att utföra den tillsammans med anhöriga blev det en social aktivitet, där möjligheten gavs att prata och spendera tid tillsammans. Stöd och motivation sågs därför som en essentiell del av fysisk livskvalitet (Kim m.fl., 2019; Klompstra m.fl., 2025).

Hjälpmedel var något som uppskattades vid fysisk aktivitet. Detta då det kunde vara svårt att anpassa sig till sin nya kropp. Stol, kryckor, rullator eller rullstol var exempel på hjälpmedel som personer tog hjälp av för att kunna klara av att vara fysiskt aktiva, oavsett begränsning. En person var mycket nöjd med att ta hjälp av en stol under tiden hon utförde sin pilates. I stället för att inte kunna göra sina övningar alls, då de var liggandes, tog hon nu hjälp av en stol och kunde göra övningarna sittandes (Klompstra m.fl., 2025).

Hinder för fysisk aktivitet
Att komma i gång med fysisk aktivitet efter hjärttransplantation var svårt för vissa. Personer som inte kände att de kunde genomföra fysisk aktivitet i den grad de önskade var missnöjda med sin prestation. Bland de personer som genomgått hjärttransplantation var fysisk livskvalitet som lägst under det första året efter ingreppet, men förbättrades med tiden. En andel utvecklade demoraliseringssyndrom ungefär tre år efter transplantation och även detta hade en negativ inverkan på huruvida en person utförde fysisk aktivitet eller inte. (Klompstra m.fl., 2025; Milaniak m.fl., 2020; Wu m.fl., 2019). I en studie observerades en negativ korrelation mellan ålder och nivå av fysisk aktivitet, äldre personer som genomgått hjärttransplantation var mindre fysiskt aktiva än de yngre (Milaniak m.fl., 2020).

Rädsla för komplikationer och en upplevd okunskap gjorde det svårt för vissa att utföra fysisk aktivitet. Vissa personer som genomgått en hjärttransplantation undvek att utföra fysisk aktivitet eftersom de var rädda för exempelvis post-operativa komplikationer, att kroppskontakt skulle skada det nya hjärtat eller att risken för infektionsmottaglighet skulle öka. Okunskap var även något som uttrycktes vara en barriär för att vilja utföra fysisk aktivitet. Flera ansåg att de fick för lite undervisning gällande fysisk aktivitet. Även okunskapen skapade en rädsla som i sin tur gjorde att personen var rädd att göra fel och riskera sitt liv (Almgren m.fl., 2017; Klompstra m.fl., 2025).

Symtom över tid
Tidigare forskning visar att det efter hjärttransplantation inte är ovanligt att personer upplever en rad olika symtom som påverkar vardagen och hälsorelaterad livskvalitet (Chou m.fl., 2017; Dalvindt m.fl., 2020a; Klompstra m.fl., 2025). Symtombördan förändras över tid, där vissa besvär förbättras medan andra kvarstår eller utvecklades i nya former (Chou m.fl., 2017; Dalvindt m.fl., 2020a; Klompstra m.fl., 2025).

Resultaten visade att symtombördan efter hjärttransplantation var både långvarig och komplex. Trots förbättrad hjärtfunktion kunde kvarstående symtom som smärta, fatigue och oro påverka personens hälsorelaterade livskvalitet flera år efter ingreppet. En lyckad återhämtning förutsatte därför inte bara medicinsk stabilitet, utan även att över tid ha psykosocialt stöd och vägledning för att kunna hantera symtom (Chou m.fl., 2017; Dalvindt m.fl., 2020a; Klompstra m.fl., 2025).

Den första tiden efter hjärttransplantation beskrevs som särskilt prövande eftersom många personer upplevde sig som fysiskt svaga, trötta och att deras dagliga aktiviteter begränsades (Klompstra m.fl., 2025). Denna tid präglades ofta av känslan av misslyckande då det var svårt att återgå till det liv eller den aktivitetsnivån som de tidigare hade haft (Chou m.fl., 2017; Klompstra m.fl., 2025). Symtomen var ofta mångfacetterade vilket innebar att både smärta och fatigue påverkade fysisk funktion, psykiskt välbefinnande och socialt deltagande negativt (Dalvindt m.fl., 2020a).

Fatigue var ett av de mest begränsande symtom efter transplantation. Fatigue påverkade i hög grad personernas dagliga aktiviteter, livsglädje och humör (Chou m.fl., 2017). Att ständigt uppleva trötthet ledde till frustration och känslor av otillräcklighet. Under det första året efter transplantation minskade fatigue något men för många förblev den kvar även flera år senare (Dalvindt m.fl., 2024).

Smärta var ett annat vanligt förekommande och långvarigt symtom. Många personer rapporterade smärta både i det opererade området och som sekundär komplikation och det förekom hos en stor andel personer, även flera år efter operationen. Smärtan förekom främst i fötter, ben och rygg. Fysisk aktivitet begränsades av smärta och även förmåga att delta i vardagliga och sociala aktiviteter, vilket i sin tur ledde till sämre hälsorelaterad livskvalitet. Generellt rapporterade kvinnor högre smärtnivåer än män vilket kunde tyda på könsskillnader i återhämtning (Dalvindt m.fl., 2020a).

Efter genomförd transplantation förbättrades hälsorelaterad livskvalitet gradvis, framför allt under de första sex till tolv månaderna (Dalvindt m.fl., 2020a). Många upplevde dock fortfarande fortsatt trötthet, smärta och oro över sin hälsa även då de hade en förbättrad hjärtfunktion. Många upplevde svårigheter att leva upp till egna och omgivningens förväntningar på återhämtning vilket skapade frustration, ensamhet och försämrat psykiskt välbefinnande (Almgren m.fl., 2017; Dalvindt m.fl., 2024).

Efter hjärttransplantation sågs att symtom på hjärtsvikt såsom trötthet, dyspné och ödem minskade, vilket är centralt för återhämtningsprocessen. Detta bidrar till att personer som genomgått hjärttransplantation kan delta i fysiska aktiviteter i högre grad och återfå kroppslig förmåga (Emin m.fl., 2016).

Egenvård och följsamhet
Egenvård och följsamhet framkom som central för återhämtning efter hjärttransplantation. Flera studier visade att personer som genomgått hjärttransplantation kände en stor skuld och oro i samband med egenvård, exempelvis när det gäller att följa kostrekommendationer, förebygga infektioner, upprätta läkemedelsföljsamhet och utföra fysisk aktivitet. Skuld och

oro grundas dels i tvivel på den egna förmågan och prestationen, dels i bristande kunskap om egenvårdens betydelse. Detta hade en negativ påverkan på livskvalitet (Almgren m.fl., 2017; Kim m.fl., 2019). Kim m.fl. (2019) visade att det fanns ett samband mellan noggrannare följsamhet i egenvård och högre utbildningsnivå och inkomst.

Social livskvalitet

Temat social livskvalitet berörde individens relationer och sociala stöd som påverkade återhämtning efter hjärttransplantation. Genom att belysa detta tema skapades en helhetsbild av hur sociala och strukturella omständigheter kunde forma individens anpassning till ny livssituation efter hjärttransplantation. Detta presenteras i följande subteman: *Socioekonomiska och religiösa faktorer, Familjeperspektiv* och *Genusperspektiv.*

Socioekonomiska och religiösa faktorer
Socioekonomiska faktorer såsom utbildningsnivå och ekonomi hade en stor påverkan på hälsorelaterad livskvalitet. De med eftergymnasial utbildning hade en betydligt bättre fysisk och psykisk livskvalitet än de med endast grundskoleutbildning eller ingen alls. Dessutom upplevde personer med endast grundskoleutbildning fler symtom, än personer med högre utbildning. En hög utbildning i kombination med faktorer som kön och religiös tillhörighet kunde också associeras starkt med en bättre hälsorelaterad livskvalitet. Personers ekonomiska situation efter hjärttransplantation hade också en inverkan på hälsorelaterad livskvalitet. Detta grundade sig främst i var inkomsten kom ifrån efter hjärttransplantation; personer vilka försörjde sig själva eller försörjdes av sin partner sågs ha en bättre hälsorelaterad livskvalitet än personer som försörjdes av sina barn eller föräldrar (Chou m.fl., 2017; Kim m.fl., 2019; Wu m.fl., 2019).

Religiös tillhörighet påverkade också den hälsorelaterade livskvaliteten. Personer med religiös tillhörighet hade en lägre risk att utveckla demoraliseringssyndrom. Religiös tro ansågs också vara en viktig coping-resurs efter hjärttransplantation. Tron bidrog med mening, hopp och en känsla av framtidstro. En stark religiös tro korrelerade över lag med bättre psykiskt välmående, jämfört med dem utan en tro (Kim m.fl., 2019; Wu m.fl., 2019).

Familjeperspektiv
Familjens stöd var betydelsefullt för många personer efter hjärttransplantation och bidrog till ökad trygghet, hälsorelaterad livskvalitet och bättre anpassning till den nya livssituationen. Samtidigt upplevde flera att de inte fick tillräckligt stöd från sin partner, familj eller vänner, vilket skapade känslor av ensamhet och otrygghet (Almgren m.fl., 2017). Flera beskrev att närstående hade höga förväntningar på en snabb återhämtning, trots kvarstående trötthet och smärta. Detta ledde till skuld och en känsla av att de behövde leva upp till omgivningens krav.

För andra innebar familjens engagemang en trygghet som underlättade återhämtningen. Ett starkt familjenätverk bidrog till bättre följsamhet till egenvård, psykisk återhämtning och motivation (Wu m.fl., 2019; Kim m.fl., 2019). Samtidigt kunde familjens välvilja skapa press och stress, vilket i vissa fall försämrade det psykiska välbefinnandet.

Genusperspektiv
I samtliga resultat var kvinnor underrepresenterade (Almgren m.fl., 2017; Cannavò m.fl., 2019; Chou m.fl., 2017; Dalvindt m.fl., 2020a; Dalvindt m.fl., 2024; Emin m.fl., 2016; Klompstra m.fl., 2025; Kim m.fl., 2019; Milaniak m.fl., 2020; Wu m.fl., 2019). Kvinnor upplevde sämre fysisk livskvalitet än män, efter hjärttransplantation och under

återhämtningsprocessen (Wu m.fl., 2019). Dessutom hade kvinnor mer smärtor än män efter hjärttransplantation (Dalvindt m.fl., 2020a).

Diskussion

Metoddisskussion

Detta examensarbete har genomförts som en litteraturöversikt med syftet att beskriva hälsorelaterad livskvalitet hos personer som genomgått hjärttransplantation. Under arbetets gång utvecklades den metodologiska ansatsen. Till en början hade arbetet en kvalitativ ansats, vilket fick ändras eftersom de vetenskapliga artiklarna som valdes ut var av majoritet kvantitativa. Den slutgiltiga designen blev därför en litteraturöversikt.

För arbetet var vald metod lämplig. En litteraturöversikt tillåter författarna att inkludera både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar. Resultatet baserades på ett flertal olika slags originalartiklar och den slutgiltiga analysen gav en bred översikt över det studerade ämnet. Däremot fanns det en risk att använda litteraturöversikten som studiedesign, eftersom författarna riskerar att skapa ett selektivt urval vid val av artiklar, då artiklar som motsvarar tidigare förförståelse väljs ut. I enlighet med Fribergs (2022) metod för tematiska litteraturanalyser jämfördes och grupperades studiernas resultat, vilket stärkte analysens trovärdighet och transparens (Friberg, 2022). I metoden diskuteras dock författarnas förförståelse. Detta bidrog till ökad reliabilitet och i sin tur trovärdighet (Mårtensson & Fridlund, 2018).

En önskan var att författarna skulle hittat fler kvalitativa artiklar, eller att en kvalitativ ansats för liknande arbete hade använts. Detta då den kvalitativa ansatsen hade varit till förmån för att besvara syftet vilket handlar om hälsorelaterad livskvalitet efter hjärttransplantation. Hälsorelaterad livskvalitet är en subjektiv upplevelse och kan vara svår att uppskatta i enkäter. De kvalitativa artiklarna är till för att undersöka och tolka mening, upplevelser och erfarenheter (Willman m.fl., 2016). Om författarna hade inkluderat ett sökblock med experiences, på svenska *upplevelser*, kunde sökningen resulterat i fler kvalitativa artiklar som kunde varit relevanta för resultatet.

I de kvantitativa artiklarna i arbetets resultat används flera olika självskattningsinstrument. I flera sågs SF-36 och EQ-5D. Användning av dessa möjliggjorde en bredare förståelse av deltagarnas hälsorelaterade livskvalitet, då de besvarar både mentala och fysiska komponenter. Dessutom har samtliga studier mätt instrumentens validitet och reliabilitet, vilket ökar trovärdigheten för resultaten, samt att de blir överförbara (Mårtensson & Fridlund, 2018). Dock kan självskattingsformulär ge en felaktig bild av hälsorelaterad livskvalitet, eftersom svaren kan bestämmas av dagsformen eller den sociala önskvärdheten. Därför förblir bristen av kvalitativa studier en svaghet för detta arbete, då hälsorelaterad livskvalitet är en subjektiv upplevelse som enklast kan beskrivas med egna ord.

Valet av databaserna PubMed och CINAHL ger bredd och tillförlitlighet i sökningen då det innefattar både medicinsk forskning och omvårdnadsforskning. Samtliga artiklar i databaserna som valdes var peer-reviewed vilket minskade risken för bias. För att få ytterligare infallsvinklar inom medicin skulle sökning även kunnat gjorts i Medline. För tvärvetenskapliga perspektiv hade SCOPUS, Academic Search Elite och ScienceDirect kunnat användas (Friberg, 2022).

Något som kan påverka examensarbetets trovärdighet är att några av dem inkluderade studierna i resultatet genomfördes i olika länder. I olika länder kan vårdstrukturer och kulturella kontexter se annorlunda ut och överförbarheten till en svensk kontext blir påverkad (Mårtensson & Fridlund, 2018). Resultatet kunde därför bli svårt att generalisera helt till svenska förhållanden, men det gav ändå en bredd av vad personer som genomgått hjärttransplantation globalt sett har upplevt. Hade fler skandinaviska studier tagits med hade det kunnat vara så att subtemat socioekonomiska faktorer inte funnits med. Detta då vården i Skandinavien till stor del är finansierad via skattemedel. Att studierna genomfördes i olika länder kan även ses som en styrka, då resultaten visar att hjärttransplantation påverkar hälsorelaterad livskvalitet oberoende av geografisk kontext.

Etiska överväganden har dock tagits i beaktning genom att endast använda redan publicerade och etiskt godkända studier. I de publicerade studierna så har informerat samtycke inhämtats och deltagarnas anonymitet bevarats (Kjellström, 2018). Det som dock bör nämnas är att personer som har genomgått en hjärttransplantation utgör en sårbar population, därför borde det inför kommande studier tas i beaktande viktiga frågor såsom stöd till deltagarna och deras integritet.

Resultatdiskussion

Psykisk livskvalitet

Resultatet visar på att många personer upplevde dåligt psykiskt välbefinnande innan hjärttransplantation, efter operation kunde motsatsen ses. Trots detta uppgav majoriteten låg optimism. Detta bekräftas av Milaniak m.fl. (2016) som menar att många upplever depressiva symtom innan hjärttransplantation, vilket gradvis minskar efter operation. Låg optimism korrelerade med ökade depressiva symtom och mer stress. Mer stress och depressiva besvär korrelerade med låg KASAM. Dessa fynd tyder på att personer som genomgått hjärttransplantation inte upplever sin tillvaro vare sig hanterbar eller meningsfull fullt ut.

Vanligt förekommande var även att framtiden upplevdes som osäker. Regelbunden provtagning med livsavgörande provsvar som inväntades av personerna skapade påtaglig stress, vilket gjorde sig påmind även efter glädjande provsvar mottagits. Upplevelsen av bristande stöd och information eller känslan att de blivit övergivna av sjukvården förekom.

Demoraliseringssyndrom beskrivs som vanligt förekommande i resultatet, med stark inverkan på upplevd hälsorelaterad livskvalitet. Hsu m.fl. (2022) bekräftar detta och tillägger att knappt två tredjedelar upplevde att de kunde hantera den stress de ställs inför. De som drabbats av demoraliseringssyndrom och samtidigt upplever stress som ej gick att hantera adekvat hade större risk att förlora mening i tillvaron. Med detta sagt kan följder av demoraliseringssyndrom kopplas till sänkt KASAM. Milaniak m.fl. (2016) framhäver vikten av personcentrerade åtgärder med personliga resurser i beaktning för att stötta stresshantering och därmed hanterbarhet.

För att förbättra den psykiska återhämtningen bör behovet av psykosocialt stöd identifieras på både grupp- och individnivå. Då varje person har unika erfarenheter och strategier för att hantera sin situation behöver stödet anpassas utifrån detta. Genom att tillämpa ett personcentrerat förhållningssätt kan sjuksköterskan främja ökad KASAM vilket är avgörande för att uppnå god hälsorelaterad livskvalitet efter hjärttransplantation. Att skapa en gemensam förståelse mellan vårdgivare och personen sammanvävs de båda parternas perspektiv. På så sätt kan personen få inblick i hur vårdgivaren tänker och resonerar kring hens hälsotillstånd,

samtidigt får vårdgivaren förståelse för de tankar, stressorer och utmaningar personen ställs inför.

Fysisk livskvalitet

I resultatet framkom det att fysisk aktivitet spelade en central roll i återhämtningsprocessen samt bidrar till hälsorelaterad livskvalitet. Det framkom även att personer avstod från fysisk aktivitet då de upplevde otillräckligt stöd från vårdpersonal och bristande patientundervisning. Dessutom upplevde personerna att de var oroliga att utföra fysisk aktivitet då de var rädda att det kunde medföra komplikationer. Loureiro m.fl. (2024) betonar vikten av tydliga utbildningsprogram efter hjärttransplantation. I utbildningen får personer som genomgått hjärttransplantation undervisning i egenvård med fokus på fysisk aktivitet. Genom att utbilda och stärka personen som genomgått hjärttransplantation ökar begripligheten och personen klarar av att hantera utmaningar under återhämtningsprocessen.

Utöver en bristande patientundervisning visade resultatet att symtombördan utgjorde betydande hinder för fysisk aktivitet, där den fysiska smärtan beskrevs som en central del. Smärtan begränsade inte endast möjligheten till att utföra fysisk aktivitet, den kunde även kopplas till psykiskt lidande såsom oro och nedstämdhet. Fatigue hade en inverkan på vardagslivet, minskade livsglädjen, påverkade humöret och social delaktighet. Dessutom ansågs fatigue vara ett av de mest långvariga och svårhanterliga symtomen efter hjärttransplantation. Detta speglar den nära koppling mellan kropp och psyke, där de fysiska symtomen kan bidra till förlorad kontroll vilket också påverkar hälsorelaterad livskvalitet.

Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt är individanpassad patientundervisning en del av sjuksköterskans roll, detta i enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (SSF, 2021). Här är det viktigt att ta hänsyn till personens resurser, behov och mål samt ha detta som utgångspunkt för vården.

I relation till fysisk aktivitet efter hjärttransplantation ska sjuksköterskan aktivt arbeta tillsammans med personen för att övervinna hinder såsom osäkerhet, rädsla för komplikationer och okunskap. Genom KASAM, där begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är centralt för att stärka personen att kunna uppnå god hälsorelaterad livskvalitet. Genom att sjuksköterskan erbjuder fysisk träning, psykiskt stöd och kontinuerlig patientundervisning skapas förutsättningar för att förstärka personens KASAM. När personen upplever delaktighet och meningsfullhet i återhämtningsprocessen ökar tryggheten i fysisk aktivitet, vilken bidrar till förbättrad hälsorelaterad livskvalitet (Ekman m.fl., 2011; Antonovsky m.fl., 1991).

Social livskvalitet

Den sociala dimensionen av hälsorelaterad livskvalitet efter hjärttransplantation avgörs av samspelet mellan individens livsvillkor, sociala relationer och stöd från omgivningen. Det som har setts i tidigare forskning är att socioekonomiska och kulturella faktorer har en betydande roll för hur personer återhämtar sig och anpassar sig till den nya livssituationen. Högre utbildningsnivå, stabil ekonomi, möjlighet att återgå till arbete samt tillgång till ett stödjande nätverk har i flera studier kopplats till bättre fysisk och psykisk livskvalitet samt en högre följsamhet till egenvårdsråd (Jobst m.fl., 2022). Lägre utbildningsnivå eller sämre ekonomiska förutsättningar kopplas däremot till fler symtom och sämre återhämtning. Därför behöver sjuksköterskan vara uppmärksam på hur socioekonomiska faktorer kan påverka

möjligheten till egenvård och anpassa undervisning, stöd och uppföljning efter individens egna resurser och livsvillkor.

Religiös tillhörighet visas i flera studier som betydelsefull resurs i återhämtningsprocessen. Den fungerade som skydd mot psykisk ohälsa och demoralisering samtidigt som det bidrog med mening, hopp och struktur när livssituationen upplevdes osäker. Sjuksköterskans roll i detta blir att möta varje individ med kulturell och existentiell lyhördhet som en del av det personcentrerade förhållningssättet. I enlighet med KASAM kan den religiösa tron ses som resurser som stärker meningsfullheten och begripligheten, vilket kan underlätta anpassningen till livet efter hjärttransplantation (Antonovsky m.fl., 1991).

Ett starkt stöd från familjen har visat sig spela en central roll för personens upplevelse av trygghet, motivation och följsamhet till egenvård. Samtidigt kan familjens förväntningar på en snabb återhämtning innebära en påfrestning för personen och ge upphov till stress, skuld och frustration. Därför är det av betydelse att sjuksköterskan främjar öppna samtal där både personen och dess närstående får möjlighet att uttrycka sina förväntningar, behov och oro. När familjen involveras i vårdplanering och rehabilitering stärks samförståndet mellan alla inblandade parter. Detta bidrar till ökad delaktighet och kontroll, vilket enligt KASAM är centralt för att återfå balans och mening i livet (Antonovsky m.fl., 1991).

I samtliga artiklar i resultatet deltog fler män än kvinnor, denna underrepresentation kan innebära att slutsatser som dras ej är överförbara till kvinnor som genomgått hjärttransplantation. I tidigare forskning betonas skillnad i upplevelse av livet och livets hanterbarhet mellan män och kvinnor, kvinnor upplever bland annat mer stress (Grady m.fl., 2016). Vidare beskrivs att kvinnor var mer följsamma till behandling än män, men upplevde trots det sämre hälsorelaterad livskvalitet än dem. Kvinnor upplevde däremot större effekt av socialt stöd än män. Sjuksköterskan bör vara informerad om de skillnader som uppträder mellan könen och lyhörd för olika behov som yttras. Personcentrerat samtalsstöd eller genom stöttning av kvinnans egna resurser kan högre KASAM uppnås, och därmed skapa en mer tillgänglig och jämställd vård.

Utifrån ett samhällsperspektiv betonar resultatet vikten av jämlik och jämställd vård oavsett socioekonomisk bakgrund, religiös tillhörighet eller kön. Detta överensstämmer med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (SSF, 2021) samt Förenta nationernas (FN, 2023) globala mål för hållbar utveckling, Mål 3: God hälsa och välbefinnande. Genom ett personcentrerat förhållningssätt, där sjuksköterskan utgår från varje persons resurser, livsvillkor och värderingar kan vården bidra till ökad begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Sammantaget stärker detta hälsorelaterad livskvalitet efter hjärttransplantation.

Slutsatser

Med detta examensarbete är slutsatsen att hälsorelaterad livskvalitet efter hjärttransplantation är ett mångfacetterat fenomen där psykiska, fysiska och sociala faktorer samspelar. Generellt förbättras hälsorelaterad livskvalitet över tid, men det finns flera aspekter att arbeta med; personens välbefinnande, motivation att kunna utföra fysisk aktivitet och det sociala stödet. Detta innebär alltså att hälsorelaterad livskvalitet inte enbart avgörs av medicinska framgångar, utan av samspelet mellan kroppslig förmåga, psyke och social kontext. Detta skapar ett helhetsperspektiv på vården, där sjuksköterskan arbetar och ser hela människan och stärker personens egen förmåga till begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Kliniska implikationer

Sjuksköterskans roll är central för att främja hälsorelaterad livskvalitet efter en hjärttransplantation. Det är av yttersta vikt att sjuksköterskan arbetar personcentrerat, vilket innebär att se hela individen och anpassa vården utefter det. Genom att integrera KASAM kan sjuksköterskan stärka personens känsla av sammanhang i vardagen efter transplantation. Att ge kontinuerlig utbildning, vägledning och uppföljning kan leda till en ökad begriplighet. Att implementera tidigt psykologiskt stöd, i syfte att fånga upp personer tidigt samt hjälpa dem igenom en psykiskt utmanande period, eller demoraliseringssyndrom kan ge en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet. I arbetet framkommer det även att inkludering av närstående i vårdens utformning, planering och undervisning är viktig för att minska isolering, öka stödet och skapa en gemensam förståelse för återhämtningsprocessen.

Vidare forskning

Fler vetenskapliga artiklar inom detta ämne bör göras med en kvalitativ ansats, eftersom hälsorelaterad livskvalitet är en mångfacetterad subjektiv upplevelse, samt att det är viktigt att belysa den existentiella dimensionen. Framtida forskning bör dock fokusera på underrepresenterade grupper, såsom kvinnor. Ökad kunskap kan ge sjuksköterskan bättre förutsättningar att identifiera individuella behov och utveckla evidensbaserade vårdinsatser som främjar hälsa, långsiktig återhämtning och hälsorelaterad livskvalitet.

Referenser

* framför artiklar som använts i resultat.

Almgren, M. (2020). *Managing uncertainty and expectations after heart transplantation. Enabling adaptation, self-efficacy and self-management*. [Doctoral Thesis (compilation), Department of Health Sciences]. Lund University, Faculty of Medicine.

*Almgren, M., Lennerling, A., Lundmark, M., & Forsberg, A. (2017). The meaning of being in uncertainty after heart transplantation—An unrevealed source to distress. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(2), 167–174. CINAHL with Full Text. https://doi.org/10.1177/1474515116648240

Almgren, M., Lundqvist, P., Lennerling, A., & Forsberg, A. (2021). Self-efficacy, recovery and psychological wellbeing one to five years after heart transplantation: A Swedish cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *20*(1), 34–39. https://doi.org/10.1177/1474515120927121

Andersson, M., & Nilsson, J. (2020). Thoraxkirurgi. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.)., *Omvårdnad & Kirurgi* (uppl. 1:5., s. 399–411). Studentlitteratur.

Antonovsky, A., Cederblad, M., Elfstadius, M., & Lundh, L.-G. (1991). *Hälsans mysterium*. Natur och kultur.

*Cannavò, A., Passamonti, S. M., Vincenti, D., Aurelio, M. T., Torelli, R., Poli, F., Piccolo, G., Cardillo, M., & North Italy Transplant program. (2019). Quality of Life Before and After Transplantation in Solid Organ Recipients Referred to the North Italy Transplant program (NITp): A Cross-sectional Study. *Transplantation Proceedings*, *51*(6), 1692–1698. https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.02.034

*Chou, Y.-Y., Lai, Y.-H., Wang, S.-S., & Shun, S.-C. (2017). Impact of Fatigue Characteristics on Quality of Life in Patients After Heart Transplantation. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, *32*(6), 551–559. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000400

Colvin, M., Smith, J. M., Ahn, Y., Skeans, M. A., Messick, E., Goff, R., Bradbrook, K., Foutz, J., Israni, A. K., Snyder, J. J., & Kasiske, B. L. (2021). OPTN/SRTR 2019 Annual Data Report: Heart. *American Journal of Transplantation: Official Journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*, *21 Suppl 2*, 356–440. https://doi.org/10.1111/ajt.16492

*Dalvindt, M., Kisch, A., Nozohoor, S., Lennerling, A., & Forsberg, A. (2020a). Chronic pain 1-5 years after heart transplantation-A nationwide cross-sectional cohort study. *Nursing Open*, *7*(4), 1146–1156. https://doi.org/10.1002/nop2.489

Dalvindt, M., Nozohoor, S., Kisch, A., Lennerling, A., & Forsberg, A. (2020b). Symptom Occurrence and Distress after Heart Transplantation-A Nationwide Cross-Sectional Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 8052. https://doi.org/10.3390/ijerph17218052

*Dalvindt, M., Veungen, H. L., Kisch, A., Nozohoor, S., Lennerling, A., & Forsberg, A. (2024). Symptom Distress Before and After Heart Transplantation—A Longitudinal 5-Year Follow-Up. *Clinical Transplantation*, *38*(7), e15385. https://doi.org/10.1111/ctr.15385

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *10*(4), 248–251. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

*Emin, A., Rogers, C. A., Banner, N. R., & Steering Group, UK Cardiothoracic Transplant Audit. (2016). Quality of life of advanced chronic heart failure: Medical care, mechanical circulatory support and transplantation. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery: Official Journal of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery*, *50*(2), 269–273. https://doi.org/10.1093/ejcts/ezw054

EuroQol Group. (1990). EuroQol—A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *16*(3), 199–208. https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (4 uppl, s. 185–198). Studentlitteratur.

Förenta Nationerna. (2023). *Mål 3: God hälsa och välbefinnande.* *https://globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/*

Grady, K. L., Andrei, A.-C., Li, Z., Rybarczyk, B., White-Williams, C., Gordon, R., & McGee, E. C. (2016). Gender differences in appraisal of stress and coping 5 years after heart transplantation. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, *45*(1), 41–47. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.09.009

Hays, R. D., & Morales, L. S. (2001). The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of Medicine*, *33*(5), 350–357. https://doi.org/10.3109/07853890109002089

Heijdra Suasnabar, J. M., Finch, A. P., Mulhern, B., & van den Akker-van Marle, M. E. (2024). Exploring the measurement of health related quality of life and broader instruments: A dimensionality analysis. *Social Science & Medicine* (1982), 346, 116720. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116720

Hsu, C.-H., Tung, H.-H., Wu, Y.-C., Wei, J., & Tsay, S.-L. (2022). Demoralization syndrome among cardiac transplant recipients. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(15–16), 2271–2286. https://doi.org/10.1111/jocn.16045

Jobst, S., Schaefer, J., Kleiser, C., & Kugler, C. (2022). A Systematized Review of Professional Employment Following Thoracic Transplantation. *Progress in Transplantation*, *32*(1), 55–66. CINAHL with Full Text. https://doi.org/10.1177/15269248211064883

Karolinska Institutet Svensk MeSH. (u.å.). *Varför Svensk MeSH?* Karolinska Institutet. https://kib.ki.se/skriva-referera/skriva-referenser-att-ange-kalla/referensguider/referensguide-apa-7 Hämtad 2025-09-30

*Kim, J., Kim, K., & Jang, I. (2019). Symptom Experience, Self-Care Adherence, and Quality of Life Among Heart Transplant Recipients in South Korea. *Clinical Nursing Research*, *28*(2), 182–201. https://doi.org/10.1177/1054773817740531

Kjellström, S. (2018). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* Studentlitteratur.

*Klompstra, L., Kato, N. P., Almenar-Bonet, L., Cabanillas-García, J. L., Brío-Alonso, I. D., Moreno-Segura, N., Sánchez-Gómez, M. C., López-Vilella, R., & Marques-Sule, E. (2025). Facilitators and barriers to perform physical activity in patients post-heart transplantation: A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *24*(1), 141–147. CINAHL with Full Text. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvae144

Langius-Eklöf, A., Sundberg, K. (2019). Kapitel 2 Känsla av sammanhang. (s.49–66, uppl. 3:1). Edberg, A-K., Wijk, H (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur.

Loureiro, M., Parola, V., Duarte, J., Oliveira, I., Antunes, M., Coutinho, G., Martins, M., & Novo, A. (2024). Cardiac Rehabilitation to Inpatient Heart Transplant—HRN4HTx Intervention Protocol. *Nursing Reports*, *14*(3), 2084–2094. CINAHL with Full Text. https://doi.org/10.3390/nursrep14030155

Mehra, M. R., Canter, C. E., Hannan, M. M., Semigran, M. J., Uber, P. A., Baran, D. A., ... & Zuckermann, A. (2016). The 2016 International Society for Heart Lung Transplantation listing criteria for heart transplantation: a 10-year update. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *35*(1), 1-23. 10.1016/j.healun.2015.10.023

*Milaniak, I., Wilczek-Rużyczka, E., Dębska, G., Król, B., Wierzbicki, K., Tomaszek, L., & Przybyłowski, P. (2020). Level of Life Quality in Heart and Kidney Transplant Recipients: A

Multicenter Study. *Transplantation Proceedings*, *52*(7), 2081–2086. https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.03.038

Milaniak, I., Wilczek-Rużyczka, E., Wierzbicki, K., Sadowski, J., Kapelak, B., & Przybyłowski, P. (2016). Role of Personal Resources in Depression and Stress in Heart Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, *48*(5), 1761–1766. https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2016.01.080

Mårtensson, J. & Fridlund, F. (2018). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* Studentlitteratur.

Rydberg, E., & Holst, M. (2020). Hjärtsjukdomar. I A. Ekwall, A. M. Jansson (Red.), *Omvårdnad & Medicin* (1:5 uppl., s. 215-260). Studentlitteratur.

Sjöberg, T. (2020). Vård av patient som genomgår hjärttransplantation. I B. Fridlund, D. Malm & J. Mårtensson (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (2:2 uppl., s. 217-242). Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2024). *Årlig uppföljning av hjärttransplantation.* https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-vard/arlig-uppfoljning/tillstandsomrade/hjarttransplantation/ Hämtad 2025-09-11

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2024a). *Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten – en metodbok.* SBU. https://www.sbu.se/metodbok?pub=101442&lang=sv#101571 Hämtad 2025-09-29

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2024b). *Granskningsmallar*. https://www.sbu.se/sv/granskningsmallar/ Hämtad 2025-09-30

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf Hämtad 2025-10-01

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Värdegrund för omvårdnad.* https://swenurse.se/download/18.2f2788b8191974f2f813ffbd/1725460671134/Va%CC%88rdegrund%20fo%CC%88r%20omva%CC%8Ardnad.pdf Hämtad 2025-10-16

Svenska Thoraxtransplantationsregistret. (u.å.a). *Hjärt- och lungtransplantationer i Sverige.* https://strax.registercentrum.se/ Hämtad 2025-10-17

Svenska Thoraxtransplantationsregistret. (u.å.b) *Medelålder vid hjärttransplantation.* https://strax.registercentrum.se/statistik/medelalder-vid-hjaerttransplantation/p/sG3fa0aUW Hämtad 2025-10-18

Svenska Thoraxtransplantationsregistret. (u.å.c) *Överlevnad efter hjärttransplantation.* https://strax.registercentrum.se/statistik/oeverlevnad-efter-hjaerttransplantation-1/p/NngPPXIMY Hämtad 2025-10-17

Svenska Thoraxtransplantationsregistret (u.å.d). *Överlevnad ett år efter hjärttransplantation.* https://strax.registercentrum.se/statistik/oeverlevnad-ett-ar-efter-hjaerttransplantation/p/FoLdJHJl3 Hämtad 2025-10-17 Hämtad 2025-10-17

ProQuest. (u.å). *Ulrichsweb: Global serials directory*. ProQuest. https://ulrichsweb.proquest.com

Vetenskapsrådet. (2024) *God forskningssed* (VR2405). Vetenskapsrådet. file:///C:/Users/piadi/Downloads/God%20forskningssed%20VR%202024%20(1).pdf

Willman, A. (2019). Kapitel 1 Hälsa och välbefinnande (s.31–48, uppl. 3:4). Edberg, A-K., Wijk, H (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, R. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* (4:1 uppl.). Studentlitteratur.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, *310*(20), 2191–2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

*Wu, Y.-C., Tung, H.-H., & Wei, J. (2019). Quality of life, demoralization syndrome and health-related lifestyle in cardiac transplant recipients – a longitudinal study in Taiwan. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *18*(2), 149–162. CINAHL with Full Text. https://doi.org/10.1177/1474515118800397

Öhlén, J. & Friberg, F. (2019). Person. I J. Öhlén & F. Friberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt.* (3:4 uppl., s. 311–336). Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (4 uppl, s. 79–109). Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1 – Databaser och slutgiltiga söksträngar

Datum	Databas	Sökning	Begränsningar	Antal träffar
2025-09-12	PubMed	(Heart Transplantation OR "Heart Transplant*" OR "Cardiac transplant*" OR "Heart transplant recipient*") AND (. Quality of Life OR Attitude to health OR Aftercare OR "Life-quality" OR "Health related quality of life" OR Chronic Pain)	In the last 10 years, Abstract available, English, Adult 19+ years	753
2025-09-12	CINAHL	(Heart Transplantation OR "Heart Transplant*" OR "Cardiac transplant*" OR "Heart transplant recipient*") AND (. Quality of Life OR Attitude to health OR Aftercare OR "Life-quality" OR "Health related quality of life" OR Chronic Pain)	Peer-review, Senaste 10 åren, All adult, Engelska	129

Bilaga 2 – Granskningsmall för exponeringsstudier

Bedömning av risk för bias i exponeringsstudier

UPPDATERAD 2025-05-15

Uppgifter om den studie som bedömts
Referens-ID: Författare och publiceringsår
Uppgifter om bedömningen
Vilket eller vilka utfall har bedömts?
Vem har granskat studien?
Namn:

Screeningfrågor		
*Om svaret är **Nej** på någon av screeningfrågorna 1 eller 2, eller om svaret är **Ja** på screeningfråga 3, bedöms studien ha en oacceptabel risk för bias och tas bort från vidare granskning.*	**Ja**	**Nej**
1. Har författarna kontrollerat för confounders? Alternativt, är risken för confounding ej relevant för frågeställningen så att ojusterade resultat kan användas?	❑	❑
2. Mättes utfall och exponering på korrekt sätt, med valida och reliabla metoder?	❑	❑
3. Finns det något övrigt skäl att ta bort studien från vidare granskning? (till exempel orimliga resultat, olämplig publikationskanal, stark misstanke om oredlighet i forskningen)	❑	❑
Motivering:		

Övergripande bedömning av risk för bias				
Gör en bedömning baserad på samtliga domäner 1-8: Hur bedömer du den sammantagna risken för att resultaten i studien kan vara missvisande på grund av bias?	**Låg**	**Måttlig**	**Hög**	**Oacceptabelt hög**
	❑	❑	❑	❑
Motivering:				

1

Stöd för bedömningen finns i dokumentet *Manual för bedömning av risk för bias i exponeringsstudier*. Där finns förtydliganden av begrepp och rekommendationer angående arbetsprocessen.

- Viktiga confounders samt valida och reliabla sätt att mäta dem ska vara identifierade före granskningen.
- Vid bedömning av ojusterade resultat (vilket behöver motiveras, då det förutsätter att confounding inte har så stor inverkan), eller då frågan om kausalitet inte kan/behöver besvaras, gå direkt till domän 2.
- Denna granskningsmall bör ses som grundmall som kan justeras för att passa frågeställningarna i det aktuella projektet.

1. Risk för bias på grund av confounding

	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Oklart
1.1. Finns det en risk för att effektskattningen i den här studien kan ha påverkats av confounding??	❑	❑	❑	❑	❑

- *"Nej"/"troligen nej": Risken för bias på grund av confounding är låg. Registrera det under samlad bedömning och gå därefter direkt vidare till domän 2.*
- *"Ja"/"troligen ja"/"information saknas": besvara även fråga 1.2 till 1.5*

1.2. Analyserades deltagare i enlighet med den exponering som de faktiskt utsattes för under uppföljningstiden?	❑	❑	❑	❑	❑
1.3. Har författarna använt en lämplig analysmetod för att kontrollera för alla viktiga confounders?	❑	❑	❑	❑	❑
1.4. Var de confounders som tagits med i analysen mätta på ett tillförlitligt sätt med avseende på validitet och reliabilitet?	❑	❑	❑	❑	❑
1.5. Har författarna kontrollerat för variabler som uppmätts efter att exponeringen startat och som kan ha påverkats av exponeringen?	❑	❑	❑	❑	❑
1.6. Tyder något på att icke-kontrollerad confounding har stor inverkan på utfallet?	❑	❑	❑	❑	❑

Samlad bedömning av risken för bias	Låg	Måttlig	Hög	Oacceptabelt hög
	❑	❑	❑	❑

Kommentar:

Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Överskattar effekten av exponeringen ❑ Underskattar effekten av exponeringen ❑	Går ej att bedöma ❑

2. Risk för bias på grund av mätfel eller felklassificering av exponering					
	Ja	**Troligen ja**	**Troligen nej**	**Nej**	**Oklart**
2.1. Är exponeringsgrupperna tydligt definierade?	❑	❑	❑	❑	❑
2.2. Kan sammansättning av grupperna ha påverkats av kännedom om utfallet?	❑	❑	❑	❑	❑
2.3. Har exponeringen mätts med valida och reliabla metoder?	❑	❑	❑	❑	❑
2.4. Är exponeringen väl definierad avseende dos (intensitet, varaktighet och frekvens)?	❑	❑	❑	❑	❑
Samlad bedömning av risken för bias	Låg	Måttlig	Hög	Oacceptabelt hög	
	❑	❑	❑	❑	
Kommentar:					
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Överskattar effekten av exponeringen ❑ Underskattar effekten av exponeringen ❑			Går ej att bedöma ❑	

3. Risk för bias på grund av selektion in i studien eller analysen					
	Ja	**Troligen ja**	**Troligen nej**	**Nej**	**Oklart**
3.1 Följdes deltagarna från det att exponeringen påbörjades?	❑	❑	❑	❑	❑
3.2 Är det troligt att effekten av exponeringen är konstant under uppföljningsperioden?	❑	❑	❑	❑	❑
3.3 Har urvalet av deltagare påverkats av deltagaregenskaper som observerades efter att exponeringen påbörjats?	❑	❑	❑	❑	❑
• *"Nej"/"troligen nej": Gå vidare till fråga 3.6.* • *"Ja"/"troligen ja"/"information saknas": fortsätt med fråga 3.4.*					
3.4 Kan dessa deltagaregenskaper ha ett samband med exponeringen eller orsaken till exponeringen?	❑	❑	❑	❑	❑
3.5 Kan dessa deltagaregenskaper ha ett samband med utfallet eller vara en orsak till utfallet?	❑	❑	❑	❑	❑
3.6 Har författarna tagit hänsyn till selektionsbias i analyserna och/eller visar känslighetsanalyser att påverkan från selektionsbias var minimal?	❑	❑	❑	❑	❑
Samlad bedömning av risken för bias	Låg	Måttlig	Hög	Oacceptabelt hög	
	❑	❑	❑	❑	
Kommentar:					
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Överskattar effekten av exponeringen ❑ Underskattar effekten av exponeringen❑			Går ej att bedöma ❑	

4. Risk för bias på grund av interventioner som ges under uppföljning efter exponering					
	Ja	**Troligen ja**	**Troligen nej**	**Nej**	**Oklart**
4.1. Förekommer det interventioner under uppföljningsperioden som kan påverka utfallet?	❑	❑	❑	❑	❑
• *"Ja"/"troligen ja"/"information saknas": gå vidare till fråga 4.2.* • *"Nej"/"troligen nej": Denna domän behöver inte besvaras. Gå vidare till domän 5.*					
4.2. Har författarna korrigerat för interventioner som ges under uppföljning i sina analyser?	❑	❑	❑	❑	❑
Samlad bedömning av risken för bias	Låg	Måttlig	Hög	Oacceptabelt hög	
	❑	❑	❑	❑	
Kommentar:					
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Överskattar effekten av exponeringen ❑ Underskattar effekten av exponeringen❑			Går ej att bedöma ❑	

5. Risk för bias på grund av bortfall					
	Ja	**Troligen ja**	**Troligen nej**	**Nej**	**Oklart**
5.1. Har resultat redovisats för alla eller nästan alla deltagare?	❑	❑	❑	❑	❑
5.2. Har deltagare exkluderats på grund av att det saknas information om exponeringsstatus?	❑	❑	❑	❑	❑
5.3. Har deltagare exkluderats för att det fattas information om andra variabler (tex confounders) som ingår i analysen?	❑	❑	❑	❑	❑
• *Om svaret på fråga 5.1 är "Nej"/"troligen nej"/"information saknas", eller om svaret på någon av frågorna 5.2 och 5.3 är "Ja"/"troligen ja": besvara även fråga 5.4 och 5.5* • *I annat fall: Gör en sammanvägd bedömning för domänen direkt och gå därefter direkt vidare till domän 6.*					
5.4. Är andelen deltagare som fallit bort och anledningar till bortfallet lika mellan grupperna?	❑	❑	❑	❑	❑
5.5 Har bortfallet undersökts och hanterats på ett tillfredsställande sätt så att resultaten bedöms vara robusta?	❑	❑	❑	❑	❑
Samlad bedömning av risken för bias	Låg	Måttlig	Hög	Oacceptabelt hög	
	❑	❑	❑	❑	
Kommentar:					
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Överskattar effekten av exponeringen ❑ Underskattar effekten av exponeringen❑			Går ej att bedöma ❑	

4

6. Risk för bias på grund av hur utfallet har mätts					
	Ja	**Troligen ja**	**Troligen nej**	**Nej**	**Oklart**
6.1. Var datainsamlingen av utfallet jämförbar i alla mätningar och för allagrupper?	❑	❑	❑	❑	❑
6.2. Var de som bedömde utfallet medvetna om vilken exponering som deltagarna fått?	❑	❑	❑	❑	❑
Om "nej"/"troligen nej"/"information saknas" på fråga 6.1 och/eller "ja"/"troligen ja"/"information saknas" på fråga 6.2, besvara även fråga 6.3					
6.3. Kan bedömningen av utfallet ha snedvridits av kunskap om deltagarnas exponering?	❑	❑	❑	❑	❑
Samlad bedömning av risken för bias	Låg	Måttlig	Hög	Oacceptabelt hög	
	❑	❑	❑	❑	
Kommentar:					
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Överskattar effekten av exponeringen ❑ Underskattar effekten av exponeringen ❑			Går ej att bedöma ❑	

7. Risk för bias på grund av selektiv rapportering av resultat					
	Ja	**Troligen ja**	**Troligen nej**	**Nej**	**Oklart**
7.1. Var analyserna genomförda enligt en plan som publicerats innan utfallsdata var tillgängliga?	❑	❑	❑	❑	❑
Kan det rapporterade effektestimatet ha valts, utifrån kännedom om resultaten, bland					
7.2. ...flera olika sätt att mäta exponeringen	❑	❑	❑	❑	❑
7.3. ...flera olika sätt att mäta utfallet	❑	❑	❑	❑	❑
7.4. ...flera olika sätt att analysera data?	❑	❑	❑	❑	❑
7.5. ...olika subgrupper?	❑	❑	❑	❑	❑
Samlad bedömning av risken för bias	Låg	Måttlig	Hög	Oacceptabelt hög	
	❑	❑	❑	❑	
Kommentar:					
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Överskattar effekten av exponeringen ❑ Underskattar effekten av exponeringen ❑			Går ej att bedöma ❑	

8. Risk för bias på grund av intressekonflikter		
	Ja	**Nej**
Deklarerar författarna att de saknar finansiella intressen som kan påverka utfallet?	❑	❑
Deklarerar författarna att de saknar andra intressen som kan påverka utfallet?	❑	❑
Kommentar till jäv - exempelvis projektspecifika förhållanden:		
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Överskattar effekten av exponeringen ❑ Underskattar effekten av exponeringen ❑	Går ej att bedöma ❑

Bilaga 3 – Granskningsmall för kvalitativ metodik

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 – Artikelbilaga

Författare **År** **Land**	**Titel**	**Syfte**	**Metod**	**Urval**	**Resultat**	**Kvalitet,** **Enligt SBU**
Almgren m.fl. 2017 Sverige	The meaning of being in uncertainty after heart transplantation – an unrevealed source to distress	Att utforska innebörden av osäkerhet första året efter en hjärttransplantation och hur detta kan skapa oro och psykiskt lidande hos patienter	Kvalitativ intervjustudie med en fenomenologisk hermeneutisk ansats. Det gjordes även djupintervjuer	Patienter som har genomgått hjärttransplantation i Sverige och skulle genomgå sin 12-månaders uppföljning samt var villiga att delta i en intervju. Av 16 inbjudna varav en avböjde och en exkluderades då blev14 patienter kvar.	Patienterna kände en ständigt närvarande osäkerhet som påverkade vardagen. Det fanns en oro för avstötning, att de skulle insjukna igen och svårighet att planera inför framtiden vilket gav en känsla av att livet var på paus. Osäkerheten gjorde det svårare att känna psykiskt välbefinnande.	Låg
Cannavò m.fl. 2019 Italien	Quality of life before and after transplantation in solid organ recipients referred to the north Italy transplant program (NITp): A cross-sectional study	Utvärdera hälsorelaterad livskvalitet (HR-QoL) före och efter transplantation hos mottagare av organ inom det norditalienska transplantationsprogrammet	Tvärsnittsstudie, formulären Short Form Health Survey **(SF-36)** och Profile Of Mood States **(POMS)** användes för att utvärdera HR-QoL. Sociodemografiska data samlades även in.	Samtliga patienter som ingår i det norditalienska transplantationsprogrammet. De tre kategorierna var patienterna på väntelistan och de som genomgått transplantation för 6 respektive 24 månader sedan.	Av patienterna på väntelistan hade de som väntade hjärttransplantation lägre HR-QoL jämfört med övriga organ. Patienter på väntelistan hade lägre HR-QoL än de som genomgått transplantation (både 6 och 24 månader	Medellåg

					sedan) och den genomsnittliga befolkningen. Patienter på väntelistan hade dubbelt så hög risk att drabbas av depression eller fatigue.	
Chou m.fl. 2017 Taiwan	Impact of Fatigue Characteristics on Quality of Life in Patients After Heart Transplantation	Att undersöka hur olika aspekter av fatigue påverkar hälsorelaterad livskvalitet HRQoL hos patienter som har genomgått hjärttransplantation.	Kvantitativ tvärsnittsstudie med strukturerade självskattningsformulär **MFI-20** och **SF-36 Health Survey** där patienterna angav vilken grad och typ av fatigue samt hur detta påverkade deras hälsorelaterade livskvalitet.	Inklusionkriterier: Genomgått hjärttransplantation minst ett halvår tidigare, äldre än 18 år och förmågan att fylla i formulär.	Fatigue identifierades som ett av de mest förekommande symtomen efter transplantationen. Det hade stor påverkan på både fysisk och psykisk livskvalitet. Det ledde till begränsningar i arbete, socialt liv och återhämtning Fatigue påverkade även motivation och känslomässigt välbefinnande	Medellåg

Dalvindt m.fl. 2020 Sverige	Chronic pain 1-5 after heart transplantation – A nationwide cross-sectional cohort study	Att undersöka förekomsten och betydelsen av kronisk smärta hos hjärttransplanterade patienter 1-5 år efter transplantation. Hur den påverkar dagliga livet och hälsorelaterad livskvalitet.	Nationell tvärsnitts kohortstudie där data samlades in via standardiserade självskattningsformulär **BPI** och **SF-36** och analyserades statistiskt för att undersöka sambandet mellan kronisk smärta, dess påverkan på vardagslivet och hälsorelaterad livskvalitet.	Inklusionskriterier: Genomgått hjärttransplantation minst ett år tidigare, vara 18 år eller äldre samt läsa och förstå svenska. Exklusionskriterier: Akuta medicinska komplikationer, kognitiv nedsättning eller psykisk ohälsa.	Kronisk smärta var vanligt och påverkade livskvaliteten på ett negativt sätt. Smärtan bidrog till begränsningar i vardagen och ledde till både fysisk och psykisk påfrestning. Studien visar att smärta är en långvarig komplikation som behöver adresseras mer under uppföljningen.	Låg
Dalvindt m.fl. 2024 Sverige	Symptom distress before and after heart transplantation – a longitudinal 5-year follow-up	Utforska självrapporterade besvär av symtom för patienter på väntelistan respektive fem år efter hjärttransplantation samt kopplingen till självrapporterad psykiskt välbefinnande, kronisk smärta och fatigue i syfte att hitta faktorer som förutsäger gott välbefinnande hos patienter som genomgått transplantation.	Longitudinell kohort-studie med 48 deltagare som genomgått hjärttransplantation. Mätinstrument: Organ-specific transplant Well Being Instrument **(OTSWI)**, Pain-O-Meter **(POM)**, the Multi-dimensional Pain Inventory **(MFI-19)** Psychological General Well-being Scale **(PGWB**).	Inklusionskriterier: Svensktalande personer över 18 år som genomgått hjärttransplantation på Sveriges två transplantationscentra Exklusionskriterier: Sjukhusinläggning eller dålig hälsa som ej kan relateras till hjärtat eller vanliga komplikationer efter transplantation.	Betydande ökning på OTSWI-skalan innan och efter transplantation Smärta var som mest intensiv tre år efter transplantation, men blev bättre efter fem år. Fatigue minskade efter tre månader och varierade under efterföljande mätningar. Smärtintensitet förutspår välbefinnande.	Låg

Emin m.fl. 2016 Storbritannien	Quality of life of advanced chronic heart failure: medical care, mechanical circulatory support and transplantation	Undersöka livskvalitet för patienter som utvärderas för, väntar eller genomgått hjärttransplantation	Tvärsnittsstudie som genomfördes under 18 månader. Mätinstrument: Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire **(KCCQ)** och EuroQol 5 dimension **(EQ-5D)**	Inklusionskriterier: Vuxna patienter som utreds för hjärttransplantation, väntar hjärttransplantation med eller utan LVAD, och de som genomgått hjärttransplantation, inom NHS	389 deltagare lämnade tillbaka svarsblanketter, tre exkluderades. De som genomgått hjärttransplantation hade bäst livskvalitet i majoriteten av KCQS-kategorierna. De som genomgått transplantation hade bäst livskvalitet enligt EQ-5D-skalan.	Medellåg
Klompstra m.fl. 2025 Spanien	Facilitators and barriers to perform physical activity in patients post-heart transplantation: a qualitative study	Utforska upplevelser av fysisk aktivitet, upplevda hinder och hjälpmedel för att utföra fysisk aktivitet hos patienter vilka genomgått hjärttransplantation genom fördjupade intervjuer. Detta för att utöka kunskapen hos vårdpersonal för att de i sin tur skall kunna utveckla strategier för att förbättra hjälpmedel för att kunna överkomma hindren.	Deskriptiv kvalitativ studie. Fördjupade semi-strukturerade intervjuer. Medellängd på en intervju var 46 minuter. Utfördes mellan oktober och december 2022. Antalet deltagare var så många som behövdes tills datamättnad uppnåddes, vilket innebär tills inget nytt tema eller ämne dök upp.	Inklusionskriterier: Deltagarna ska ha genomgått hjärttransplantation, vara över 18 år gamla, stabil organfunktion, förstå och kunna tala spanska, och inte ha en kognitiv funktionsnedsättning som är så pass allvarlig att det kan försvåra ens förmåga att svara på frågor. Exklusionskriterier: Inga exkluionskriterier var presenterade i metoden.	Hjälpmedel/det som fick deltagare att vilja utföra fysisk aktivitet (facilitators): en lust att leva, uppleva fysiska kroppsliga fördelar med fysisk aktivitet, kunna utföra fysisk aktivitet med andra, möjligheten att kunna användningen av hjälpmedel under tiden man utförde fysisk aktivitet. Hinder för att utföra fysisk aktivitet: en känsla av att inte kunna klara av att utföra mer ordentlig fysisk aktivitet, komplikationer och att uppleva symtom efter	Medellåg

					hjärttransplantationen, ofördelaktigt/kallt klimat.	
Kim m.fl. 2019 Sydkorea	Symptom experience, self-care adherence, and quality of life among heart transplant recipients in South Korea	Utforska symptom efter hjärttransplantation relaterat till immundämpande läkemedel, följsamhet till egenvård och livskvalitet hos 105 patienter i Sydkorea	Tvärsnittsstudie med 105 deltagare, genomfördes Mars 2014 till december 2014. Skalor: Modified symptom Occurence and Symptom Distress Scale **(MTSOSD-59R)**, Special utvecklat mätinstrument för att mäta följsamhet till egenvård hos hjärttransplanterade patienter, **QOL Index.**	Inklusionskriterier: Över 19 år, genomgått hjärttransplantation för minst tre månader sedan, avsaknad av andra allvarliga sjukdomar, ingen kognitiv nedsättning, behärskar det koreanska språket och har förmågan att ge samtycke till deltagande	Låg påverkan av immundämpande läkemedel på livskvalitet. Relativt hög livskvalitet; familj-kategorin fick högst poäng medan hälsa och funktionsnivå fick lägst poäng. Hög utbildningsnivå samt de som utövade religion korrelerade med högre upplevd livskvalitet Upplevda symtom korrelerade med lägre livskvalitet. De med högre följsamhet till egenvård hade bättre social och ekonomisk livskvalitet. De två faktorerna som hade störst inverkan på livskvalitet var diet och följsamhet till egenvård.	Medellåg

Milaniak m.fl. 2020 Polen	Level of Life Quality in Heart and Kidney Transplant Recipients: A multicenter study	Målen med studien var att: 1) bedöma livskvaliteten hos personer vilka genomgått hjärttransplantation och 2) upptäcka relationen mellan konstruktion av dispositionell optimism, ångest, depression och livskvalitet.	Tvärsnittsstudie 146 deltagare (109 personer vilka genomgått hjärttransplantation, 37 personer vilka genomgått njurtransplantation). Från 1 år efter transplantation upp till 26 år efter transplantation. Mätinstrument: The 36-Item Short-Form (SF-36), The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The Life Orientation Test-Revised	De rekryterade 200 deltagare, vilket till slut blev 146 deltagare. Bland de 146 blev 30 exkluderade för att de inte genomgått en transplantation av hjärta eller njure, de blev också exkluderade om de gått en kombination av hjärta och njurtransplantation. De blev även exkluderade om de hade försämrad fysisk eller mental hälsa.	Personerna vilka genomgått en hjärttransplantation var mer optimistiska än de vilka genomgått njurtransplantation. Man kan däremot se att livskvalitén hos en person vilken genomgått hjärttransplantation är sämre än hos den gemene mannen.	Medellåg
Wu m.fl. 2019 Taiwan	Quality of Life, demoralization syndrome and health-related lifestyle in cardiac transplant recipients – a	Målen var att: (a) beskriva demografiska och kliniska egenskaper, (b) identifiera förändringar i livskvalitet, demoraliseringssyndrom och hälsorelaterad livsstil samt stress-status över tid, (c) undersöka förhållandet mellan livskvalitet,	Longitudinell studie med bekvämlighetsprovtagning 111 deltagare från början, endast 99 deltagare vilka gjorde färdigt enkäterna. Tre grupper	Inklusionskriterier: Deltagarna skulle vara minst 20 år gamla, ha genomgått en hjärttransplantation samt kunna läsa och skriva på kinesiska.	(1)PCS (fysisk component) blev bättre med tiden. Medan (2) och (3) flukturerade mer. Däremot hade grupp (1) sämre psykisk status än (2) och (3). Man såg dock inga stora skillnader under hela undersökningen I MCS	Låg

	longitudinal study in Taiwan	demoraliseringssyndrom och hälsorelaterad livsstil samt stress-status i varje grupp, (d) undersöka faktorer vilka påverkar livskvalitet, demoraliseringssyndrom och hälsorelaterad livsstil samt stress-status, (e) undersöka faktorer som kan förutsäga livskvalitet.	(1) mindre än ett år efter transplantation (2) mellan ett och tre år efter transplantation (3) mer än tre år efter transplantation Mätinstrument: The Medical Outcome Study Short Form (MOS SF-12). The Demoralization Scale Mandarin Version (DS-MV). Health-Promoting Lifestyle Profile-II(HPLP-II). Stress status bedömdes med en egen skala gjord av vårdpersonal, där deltagarna kunde välja mellan tre olika nivåer av upplevelse av stress.	Exklusionskriterier: Diagnostiserad med neoplasma eller psykisk sjukdom, gravida eller oförmåga att kommunicera.	(mental component) mellan grupperna. Demoraliserings syndrom: åtminstone en tredjedel av alla grupper upplevde demoarliseringssyndrom under undersökningsperioden. Man kunde dock se att grupp (3) hade värst demoraliseringssyndrom över tiden. Man kunde dock se i alla tre grupper att hade man sämre MCS fanns det en negativ korrelation till försämrat/ökat demoraliseringssyndrom. Demoraliseringssyndrom påverkade och var en tydlig prediktor för psykisk och mental livskvalitet. Stress-status: hälften av alla I alla tre grupper upplevde stress men kunde ändå hantera det med egna coping-strategier, det ansågs därför inte som ett problem. Det var bara några få som upplevde stressen som jobbig och kände inte att de kunde få den under schack.	