

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2012:73

Livet efter hjärtransplantation
Patienters upplevelse

Anita Tiljander

Jonas Rosin



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Examensarbetets titel:	Livet efter hjärtrtransplantation: Patienters upplevelse
Författare:	Anita Tiljander Jonas Rosin
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	SSK06B
Handledare:	Eva Persson
Examinator:	Ann-Britt Thorén

Sammanfattning

När hjärtrtransplantation blir aktuell föreligger svår hjärtsjukdom och om en transplantation inte genomförs leder det till att patienten dör. Organet vid en hjärtdonation tas från en avlidnen donator. Många patienter frågar sig innan transplantationen hur de kommer att påverkas då de tagit emot ett hjärta. Rädslan för detta väger dock inte upp känslan av att de vill överleva. Patienterna väljer således livet. Syftet med denna litteraturstudie är att belysa hjärtrtransplanterade patienters upplevelse av att leva med en annan persons hjärta. Detta skall göras genom en analys av kvalitativa artiklar enligt Fribergs (2012) ”att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning” då motivet är att belysa patienters upplevelser. Resultatet är uppdelat i huvudtema, teman och underteman ”*Existentiella frågor*” rör patientens existens, ”*Att känna livskraft*” handlar om patientens positiva känslor och ”*Att genomgå prövning*” berör patientens negativa tankar. Hela resultatet genomsyras med en stor ambivalens. Patienterna känner glädje över att vara vid liv, men skuld över att någon avlidit för att de ska få ett nytt hjärta. För att bli av med skuldkänslorna försöker patienterna ge tillbaka vad som givits dem eller så försöker de låta bli att tänka på donatorn. I diskussionen tas patienternas upplevelser upp, bundna till annan litteratur, samt författarnas tankar. Sammanfattningsvis behöver fler studier påvisa hur patienterna efter en hjärtrtransplantation ska få hjälp. Sjuksköterskan behöver finnas som stöd och råd för patienterna samt visa sig närvarande och mottagliga för tankar och känslor.

Nyckelord: *Hjärtrtransplantation. Patientupplevelse. Existens. Lidande.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Indikationer och kontraindikationer för hjärttransplantation	2
Etiska aspekter	2
Komplikationsrisker	3
Väntan på ett nytt hjärta	3
Livet med ett nytt hjärta	4
Existentiella frågor	4
Lidande	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Litteratursökning	6
Analys	6
RESULTAT	7
Existentiella frågor	7
Att känna livskraft	8
Hopp och Glädje	8
Tro och Andlighet	8
Tacksamhet	9
Att genomgå provning	9
Ambivalens	9
Skuld och Undvikande	10
Förändring	10
Oro och Rädsla	11
Ändrade värderingar	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Existentiella frågor	13
Att känna livskraft	14
Att genomgå provning	15
SLUTSATSER	17
Vidare forskning	17
REFERENSER	18
BILAGOR	21
Bilaga 1 NYHA (New Yorks Heart Association) klassifikationslista av hjärtsvikt	21
Bilaga 2 Sökord och träffar vid artikelsökning.	22
Bilaga 3 Granskning av artiklar	23

INLEDNING

Under utbildning till sjuksköterskor har författarna funderat på hur en kropp i förändring påverkar en förändring av människans upplevelse av sig själv. Att få ett nytt hjärta innebär att det egna hjärtat inte har en normal funktion. Det måste då opereras bort för att patienten ska överleva, ett hjärta från en avliden människa blir därefter placerat i patientens bröstorg. Det är med andra ord en stor kroppslig förändring och vi vill därför veta mer om hjärttransplantation och hur patientens självuppfattning efter en hjärttransplantation förändras.

BAKGRUND

Den första hjärttransplantationen genomfördes i Sydafrika 1967 av Doktor Christiaan Barnard. Patienten överlevde endast 18 dagar efter operationen (Bergh & Nilsson, 2002). Först 1981, när immunhämmande läkemedel som Ciklosporin kom ut på marknaden och överlevnadsfrekvensen ökade spred sig ingreppet och blev en vedertagen behandling runt om i världen (Antunes et al., 2010). Den första hjärttransplantationen i Sverige skedde först 1984, då med organ från andra länder. Först 1988 möjliggjorde en lagändring att organ från svenska medborgare kunde börja användas. Sedan 1984 fram till årsskiftet 1999/2000 hade cirka 384 transplantationer av hjärtan genomförts i Sverige (Bergh & Nilsson, 2002). I dag utförs cirka 50 hjärttransplantationer per år i Sverige. Hjärttransplantationerna sker i Göteborg och Lund eftersom denna typ av vård är klassad som rikssjukvård av Socialstyrelsen (SoS). Endast landsting med tillstånd av SoS får bedriva den typen av vård (SoS, 2008). Hjärttransplantation görs som en livräddande behandling vid exempelvis svår hjärtsvikt eller hjärtklaffel. Transplantationen syftar till att säkra patientens överlevnad och förbättra förutsättningar till ett bättre liv. Efter transplantationen behöver patienten livslång medicineringsmedel (Bergh & Nilsson, 2002).

Hjärtan kan endast tas från avlidna personer som vårdats i respirator när döden (total hjärninfarkt) inträffar. En sammanställning av Socialstyrelsen visar att det under 2011 var 143 av 3335 avlidna på intensivvårdsavdelning i Sverige som blev organdonatorer, vilket resulterade i 511 organtransplantationer. Trots detta väntar fortfarande 775 personer i Sverige på ett eller flera organ och 30 av dessa väntar på ett nytt hjärta (Socialstyrelsen, 2012). Det är hjärtats kvalitet, inte donatorns ålder, som bestämmer om det kan transplanteras. Organets kondition är alltså avgörande (Livsviktigt.se, 2012). Sjukdom vid dödstillfället behöver inte vara ett hinder för transplantation, till exempel om den avlidne har vissa bakteriella infektioner som går att behandla med antibiotika kan organ ändå användas. Hepatit hos donatorn behöver inte heller betyda att organen är oanvändbara eftersom en hepatitsmittad person kan ta emot detta organ. Även vid primär hjärntumör utan metastaser i övriga kroppen kan organen fortfarande användas till donation. Personer med sprutmissbruk, hivsmitta eller cancer får dock inte donera organ på grund av risken för att sprida vidare smitta eller sjukdom (Bakkan, Myrseth, Kongshaug, Relbo & Grov, 2011).

Enligt svensk lag är en patient död då ”hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort” (SOSFS 2005:10). För att säkerställa att patienten verkligen är död använder man sig av klinisk neurologisk undersökning eller

röntgenundersökning. I Sverige får sjukvården ta tillvara organ från en avliden om denne inte motsatt sig sådana ingrepp innan sin död. Är den avlidnes vilja till organdonation inte känd får organ och vävnader tas tillvara för donation så länge anhöriga inte motsätter sig detta efter förfrågan. Det är därför viktigt att informera anhöriga om att de har vetorätt i frågan. En hjärndöd person får vårdas i respirator i maximalt 24 timmar efter det att dödsfallet konstaterats. Det är denna tid som är lagstadgad för att säkerställa organens överlevnad för en eventuell transplantation. Om en lämplig mottagare till organet inte finns i Sverige erbjuds organet till andra länder inom Scandiatransplant (nordiskt samarbetsorgan för organtransplantation). Organ kan således även komma till Sverige från andra länder inom organisationen. Allt för att så få organ som möjligt ska gå till spillo (Bakkan et al., 2011).

Indikationer och kontraindikationer för hjärttransplantation

Hjärttransplantationer görs på patienter med bland annat allvarlig hjärtsvikt. Transplantation av hjärta är ofta det sista alternativet för att rädda livet på patienten (Bakkan et al., 2011). Det finns fem indikationer för att utföra hjärttransplantation i Sverige:

Patienten ska

- ha terminal hjärtsjukdom, till exempel kardiomyopati med förväntad överlevnad < 1 år
- hamna inom klass III-IV enligt NYHA klassifikationslista (Bilaga 1)
- ha provat all medicinsk behandling utan resultat
- inte ha annan möjlig kirurgisk åtgärd
- tros få förbättrad överlevnad och livskvalitet efter ingreppet (Bergh & Nilsson, 2002).

Det finns vissa kontraindikationer för hjärttransplantation. Några av dessa är irreversibel pulmonell hypertoni (kräver både hjärt- och lungtransplantation), uttalad aterosklerotisk kärlsjukdom, malignitetssjukdom, irreversibel njur- eller leversvikt, pågående systemisk infektion och allvarlig psykisk sjukdom och alkohol- eller drogmissbruk (Bakkan et al., 2011; Bergh & Nilsson, 2002).

Etiska aspekter

Hur fördelningen av organ sker styrs av principer och regler som ändrats i takt med att transplantationsbehovet ökat. I Svensk sjukvård sker prioritering huvudsakligen ur tre principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen syftar till att alla människor har lika värde. Behovs-solidaritetsprincipen säger att den med störst behov går först. Kostnadseffektivitetsprincipen går ut på att effekten av en behandling ska förbättra hälsa och livskvalitet hos enskilda eller flera individer genom rimliga kostnader och resurser (Persson & Omnell Persson, 2002). Det finns många etiska frågeställningar som uppstår kring organtransplantation. Kan vi veta att patienten verkligen är död? Är det rätt att vårda en döende patient i respirator bara för att patienten ska dö på det sätt som möjliggör att organen kan användas för transplantation, det vill säga total hjärninfarkt? Andra etiska frågeställningar är hur vi ska fördela de få organ som finns. Vem skall prioriteras om valet står mellan två patienter och båda kan bli mottagare av samma hjärta (Tännsjö, 2002)? Lantz (1995) beskriver etiska konflikter, där olika etiska skäl

talat emot varandra. Hur avgör man vilka patienter som ska få behandling om det finns lika starka skäl att behandla båda. Tännsjö (2002) påtalar dilemmat med vem som skall få hjärtat med tanke på kön, ålder, kroppsfunction m.m. Vem av en yngre och en äldre patient, med samma behov av ett nytt hjärta, ska få det? Det finns inga självklara svar, i Sverige görs en lottning och det är slumpen som avgör vem som får leva vidare.

Komplikationsrisker

Överlevnadstiden efter en hjärttransplantation i Sverige är något högre än i övriga länder. Efter ett år lever 85 procent av de som genomgått hjärttransplantation, efter fem år lever 75 procent och efter tio år lever cirka 60 procent av patienterna. Den närmsta tiden efter hjärttransplantationen finns det risk för att hjärtat stöts bort av den mottagande kroppens immunförsvar, att det nya hjärtat sviktar eller att patienten drabbas av en infektion. När en hjärttransplantation är genomförd regleras hjärtfrekvensen inte längre med nervimpulser utan detta sker endast hormonellt, då hormonell reglering tar längre tid kan man behöva ta till läkemedel och eventuellt en extern pacemaker tills dess att hjärtfunktionen har stabiliserats. Bristen på nervimpulserna till och från hjärtat kan orsaka känselbortfall hos patienten, vilket innebär att patienter inte känner av när något är fel med hjärtat, exempelvis angina pectoris smärta kan passera obemärkt (Bakkan et al., 2011).

Väntan på ett nytt hjärta

När en patient är så sjuk och uppfyller kriterierna för att transplanteras sätts patienten upp på en "väntelista" och patientens behov utvärderas kontinuerligt. Ingen vet hur lång tid det tar att innan ett nytt hjärta kommer att bli tillgängligt, det kan ta allt ifrån dagar till år. Patienten har under tiden kontinuerlig kontakt med en sjuksköterska för att få information och stöd. Patienten blir även utrustad med en personsökare för att snabbt kunna kontaktas när ett lämpligt hjärta dyker upp. Tiden som ett hjärta klarar utanför en kropp är cirka fyra timmar. Därför är det viktigt att patienten har planerat och organiserat vad som ska med till sjukhuset och hur transporten dit sker. Oftast har sjuksköterskan hjälpt till med planeringen och allt är klart när personsökaren väl piper (Bakkan et al., 2011).

I väntan på ett nytt organ känner många patienter obehag och det dagliga livet blir lidande på grund av de sysslor de inte längre kan utföra. Vetskapen om att döden hela tiden är nära skapar rädsla och maktlöshet. Patienter känner en osäkerhet över sin framtida hälsa, men också en osäkerhet för sin familj och närstående vilket leder till mer maktlöshet. Det är inte ovanligt att patienterna känner mer ångslan över hur familjen ska klara en eventuell bortgång, än för sin egen sjukdom (Hallas, Banner & Wray, 2009). Frustration över sitt egna tillstånd och den egna maktlösheten är vanligt. Patienter får en insikt i att livet är ändligt och de börjar fundera över livets existentiella frågor (Sadala & Stolf, 2007). Bakkan et al (2011) bekräftar detta då de visar att hjärtsjuka patienter ofta känner dödsångest samt en rädsla över att de har en oviss framtid, vilket är förståeligt då sjukdomen kan leda till plötslig död.

Livet med ett nytt hjärta

Efter en hjärtransplantation uppger patienter att det har en bättre livskvalitet än innan hjärtransplantationen. De säger också att de efter hjärtransplantationen ofta upplever fysisk smärta vilket i sin tur innebär en lägre fysisk livskvalitet om man jämför med friska människor. Den lägre livskvaliteten innebär även en upplevelse av ett sämre psykiskt välbefinnande som håller i sig längre än den fysiska smärtan (Holtzman, Abbey, Stewart & Ross, 2010). Vidare visar studien av Holtzman et al (2010) att patienter som upplevde smärta efter transplantationen också hade sämre kroppslig funktion vilket hämmade dem från att delta i sociala aktiviteter och att återgå till arbetslivet.

Patienter som genomgått en hjärtransplantation hade större risk att drabbas av depression än kontrollgruppen som inte hade genomgått en hjärtransplantation (Ruzyczka et al 2011). Även i Aguiar et al (2012) framkommer det att patienterna i studien påverkats psykiskt av sin hjärtransplantation, en stor del av patienterna hade problem med depression, oro och förtvivlan. Patienterna blev ofta nedstämda och hade svårt att övervinna hinder i det dagliga livet efter transplantationen.

Hjärtransplanterade drabbas oftare av andra sjukdomar så som diabetes, hyperlipidemi och infektioner. De hade även en större risk att drabbas av till exempel hjärtinfarkt relaterat till blockering av kranskärl (Aguiar et al., 2012). Att hjärtransplanteras innebär således betydande risker som även de påverkade patientens livskvalitet. Riskerna innebär att patienterna var tvungna att följa uppgjorda behandlingsplaner strikt. I både Aguiar et al (2012) och Ruzyczka et al (2011) visade det sig att ju bättre patienterna följde behandlingsplanen desto bättre livskvalitet upplevde de efter hjärtransplantationen. Sjuksköterskan kan komma att möta och vårda hjärtransplanterade patienter oavsett om hon arbetar på en hjärtintensivvårdsavdelning, medicinavdelning, hjärtmottagning, vårdcentral, i hemsjukvården eller liknande. Därför behöver sjuksköterskan vara medveten om vad det innebär för patienter att genomgå en hjärtransplantation och vad det kan innebära för patienten att ta emot ett nytt hjärta.

Existentiella frågor

Wiklund (2003) skriver att kärnan i det som kallas det andliga hos människan ger oss möjlighet att ställa existentiella frågor och därigenom på ett unikt sätt tänka över var vår plats i livet är. Andliga frågor är de frågor människan ställer sig om meningen med livet samt varför vi existerar. Det andliga behöver inte nödvändigtvis vara en gudstro men Wiklund (2003) menar att människan i grunden har ett behov av en gud eller ”en abstrakt annan”. Människan är beroende av sin kropp eftersom det ger oss tillgång till världen. Kroppen ses som ett subjektivt och om den förändras så förändras även tillgången till världen och även patientens upplevelse av sig själv (Wiklund, 2003). Vid en hjärtransplantation får patienten ett nytt hjärta av en avliden donator. Det gamla hjärtat har upphört att fungera tillfredställande och patienter beskriver ofta att de inte längre känner igen sin kropp som sin egen. Den subjektiva kroppen förändras även efter transplantationen då patienten får en annan människas organ i sig. Hinojosa, Herruzo, Escoreca Ortega och Jiménez (2009) skriver att för den svårt hjärtsjuka patienten är transplantation enda sättet att få hoppet och livet tillbaka.

Lidande

Vid sjukdom, till exempel hjärtsjukdom, är det vanligt med smärta. Denna smärta skapar enligt Wiklund (2003) reflektioner hos patienterna över varför de behöver lida samt varför man ska behöva leva under sådana omständigheter (a.a). Hjärttransplantation leder nästan uteslutet till smärta och lidande, som i sin tur leder till frågor om varför, till exempel varför jag? Wiklund (2003) skriver att lidande tillför en vilja hos patienten att förändras och därför är lidandet livsviktigt för att främja livet och hälsa. Alla människor har en egen helhet och vid ohälsa, som medför ett lidande, förstörs denna helhet. När detta sker innebär det en fara för patientens subjektiva kropp. Då tankarna är något patienter kan kontrollera försöker de skjuta bort dessa tankar på sitt lidande. De försöker kontrollera tankarna genom att avfärda lidandet med exempelvis dålig kondition istället för att acceptera att hjärtat har försämrats (a.a).

PROBLEMFÖRMULERING

Patienter med en svår hjärtsjukdom behöver ett friskt hjärta som en livräddande behandling för att överleva. Väntan på ett hjärta som passar ihop med den hjärtsjukes kan bli lång, då man av naturliga skäl inte kan ta ett hjärta från en levande donator. En hjärttransplantation innebär att patienten räddas från att dö på grund av sviktande cirkulation.

De senaste åren har behandlingen av hjärttransplanterande blivit mer effektiv vilket har ökat överlevnaden efter hjärttransplantation och patienterna lever således längre. Vad betyder då längre överlevnad för patienterna? Hur mår patienterna efter hjärttransplantation? Det finns många studier som undersökt hur patienterna upplever sin livskvalitet efter en transplantation. Färre studier finns dock där man undersökt hur patienterna faktiskt upplever att leva med någon annans hjärta. För att ge en klarare bild av patienters upplevelse efter en hjärttransplantation har vi valt att göra en litteraturstudie om detta. Uppsatsen skulle även kunna bidra till en ökad kunskap för sjukvårdspersonalen om svårigheterna patienterna upplever efter en hjärttransplantation.

SYFTE

Syftet är att belysa hur patienter upplever sin tillvaro efter en hjärttransplantation.

METOD

Uppsatsen är en litteraturstudie som handlar om patienters upplevelser efter en hjärttransplantation där kvalitativa artiklar analyserats. Friberg (2012) skriver att kvalitativa studiers främsta uppgift är att öka förståelsen och detta är studiens främsta mål. För att underlätta att omsätta omvårdnadsforskning till praktiskt omvårdnadsarbete kan modellen som Friberg (2012) kallar "Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning" användas. Modellen går ut på att från den stora helheten bryta ner till mindre delar och sedan bygga upp en helhet genom att granska kvalitativ forskning (a.a). För att få en bättre förståelse för hjärttransplanterades upplevelse av sitt nya hjärta användes ovanstående modell i denna uppsats.

Litterartursökning

Första steget var att identifiera sökord inom det område som skulle undersökas. För detta ändamål användes Swedish MeSH. De sökord som identifierats och används i sökningen är: Heart transplant, Experiences, Qualitative, Psychology, Phenomenological, Nursing, Coping och Recipients. Sökorden kombinerades genom att lägga till AND (och) i databaserna Pubmed och Cinahl och därmed hittades lämpliga artiklar att granska. Sökord och träffar presenteras i bilaga 2. För att ytterligare försäkra oss om att vi inte missat några artiklar gjordes en sökning manuellt genom att granska artiklarnas referenslistor. Syfte med detta var att inte missa relevant forskning genom att bara begränsa oss till våra sökord. Inga nya eller relevanta artiklar tillkom i denna sökning. Databaserna valdes därför att de har ett stort utbud av vård- och medicinforskning tillgänglig på internet och att de ständigt uppdateras med ny forskning. Alla artiklar utom en hämtades från tidskrifter med tillgänglighet på internet. Urvalskriterier för artiklarna var att de skulle vara vetenskapliga. För att veta vad som är en vetenskaplig artikel har vi använt Fribergs (2012) definition. Endast artiklar på engelska har inkluderats. Artiklar har inte uteslutits på grund av publikations år. Enskilt har varje studie med kvalitativ data ett kunskapsvärde och genom att sammanställa flera studier inom samma fenomen kan ett större kunskapsvärde skapas (Friberg 2012). Eftersom Fribergs modell innebär att skapa evidensbaserad kunskap ur kvalitativ forskning har inga kvantitativa studier inkluderats. Likaså har artiklar som bygger på biografier och litteraturstudier exkluderats. Totalt inkluderades 9 artiklar till uppsatsens resultat.

Analys

För att analysera artiklarna användes ”översikt av analyserad litteratur” (bilaga 3) som presenteras i Friberg (2012). Artiklarnas abstract lästes igenom för att skapa en uppfattning om innehållet i artikeln och om det passade till vårt syfte. Sen läste varje författare igenom artiklarna själv och markerade återkommande fenomen. För att säkerställa att ingenting missades lästes artiklarna igenom av båda författarna tillsammans flera gånger. Genom att identifiera ord och meningar som liknade varandra i artiklarna hittades mer framträdande stycken. De handlade om patienternas upplevelse av att leva med ett transplanterat hjärta. Dessa ord och meningar ansågs vara nyckelfynd och färgkodades. De skrevs ner på papper och sorterades efter likheter för att skapa teman och underteman vilka presenteras nedan i tabell 1. För att säkerställa att inget av fynden hade missuppfattats så lästes artiklarna igenom ännu en gång, detta för att hålla resultatet så textnära som möjligt och inte lägga in för stora värderingar och tolkningar i resultatet.

Tabell 1: Huvudtema, Teman och Underteman

Huvudtema	Teman	Underteman
Existentiella frågor	Att känna livskraft	<ul style="list-style-type: none"> • Hopp och Glädje • Tro och Andlighet • Tacksamhet
	Att genomgå prövning	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalens • Skuld och Undvikande • Oro och Rädsla • Förändring • Ändrade värderingar

RESULTAT

Resultatet presenteras i form av teman och underteman. De teman som framträtt ur artiklarna är ”Att känna livskraft” och ”Att genomgå prövning”. Under dessa teman tillkommer underteman. Huvudtemat *Existentiella frågor* går som en röd tråd genom hela resultatet.

Existentiella frågor

Genomgående för uppsatsen är frågor rörande patientens existens. Kaba et al (2000) har i sin studie kommit fram till att patienterna ofta ställer sig frågan varför hände detta mig? Alla patienter var överrens om att det fanns en orsak till varför just de blivit drabbade. I Kaba et als andra studie från 2005 har de fått fram teman utifrån vad patienterna beskriver. Några frågor som oroade patienterna var, vad händer med mitt gamla hjärta nu? Kommer det nya hjärtat att ändra mig? De ägnade mycket tankar åt vad som hänt med deras gamla hjärta. Frågan om det nya hjärtat skulle förändra dem berodde mycket på att hjärtat för patienterna var förknippat med känslor, själ och livskraft.

Patienterna använde sig av hopp för att ta sig igenom svåra skeden i livet och många vände sig till Gud när de hade svåra tankar. Patienterna uppgav att de kände en tacksamhet mot donatorn och de ville därför återgälda gåvan de fått. De ägnade mycket tid åt att tänka på donatorn. Ambivalens binder ihop de positiva känslorna med de negativa. Patienterna brottades många gånger med denna ambivalens, då glädjen över att leva och veta att någon dött för att möjliggöra det. De kände skuld över detta faktum och upplevde att de genom magiska tankar orsakat donatorns död. På grund av skuldkänslorna undvek vissa av patienterna i största mån tankar på donatorn. Patienterna kände även att kroppen förändrades och undrade om detta berodde på att donatorns personlighet följt med hjärtat. De kände en rädsla över förändringen men för att hjärtat skulle trivas i deras kropp ville de ta efter donatorns livsstil. Ändrade värderingar var också något som förändrade de hjärtrplanterade patienternas liv.

Att känna livskraft

Patienterna som genomgått hjärttransplantation känner glädje och tacksamhet över sin andra chans i livet och hopp om en bättre framtid. De har en tro på att det ska bli bättre och vänder sig gärna till Gud med sina tankar.

Hopp och Glädje

I flera artiklar uttryckte patienterna en optimism om en framtid fri från allvarlig hjärtsjukdom. De kände hopp om att få vara med om nya saker i livet, till exempel att se sina barn och barnbarn växa upp. Studien av O'Connor et al (2009) undersökte hjärttransplanterade patienters upplevelse av sin sjukdom. Patienterna beskrev att de inte skulle klarat sig utan sin optimism och de menade att det var direkt dödligt att bara ge upp och förlita sig till ödet. Sanner (2003) skriver att flera hjärttransplanterade patienter upplevde starkt hopp direkt efter transplantationen. Även i studien av Evangelista et al (2003) upplevde patienterna hopp. Detta hopp levde vidare och utvecklades till glädje över att ha undkommit döden. I studien av Sadala och Stolf (2007) beskrev patienterna glädje, glädje över att vara vid liv. Patienterna upplevde glädje då de kände sig som pånyttfödda, att de börjat leva igen och att de fått möjligheten att se sina barn växa upp och gifta sig. Andra menade att de hade förlorat många år av sitt liv under sjukdomen och nu fått chansen att ta igen dessa förlorade år. En patient skrattade åt det faktum att han mådde så bra efter hjärttransplantationen att han satt sig i bilen och kört hem, helt själv. I Kaba, Thompson och Burnards (2000) och i studien av Evangelista et al (2003) framkom det att patienter som accepterat sin utsatta position hade lättare att se hoppfullt på sitt nya liv. Patienterna uttryckte att det var viktigt att sätta upp meningsfulla mål för att kunna gå vidare i livet och inte återgå till det gamla då de mådde som sämst (a.a). Vidare menade Evangelista et al (2003) att patienterna hade lätt att gå tillbaka till hoppet för att ta sig igenom svåra skeden i livet. Mer än hälften av patienterna i studien av Mauthner et al (2012) påpekade hur oerhört viktigt det var att fortsätta hoppas genom alla prövningar.

Tro och Andlighet

I studien av O'Connor et al (2009) och Kaba et al (2000) beskrev de hjärttransplanterade patienterna som hade religiös tro att de kände sig välsignade över detta faktum. Vidare beskrev de i studien av Kaba et al (2000) att det är mycket som ska stämna för att få ett nytt hjärta och därför hade de känslan av att Gud påverkat deras möjligheter till ett fortsatt liv. Troende patienter uttryckte det som att det inte var synd om dem för att deras hjärta blivit dåligt och behövt en transplantation. De trodde att de blivit utsatta för detta på grund av att de hade en tro att stötta sig mot. I flera studier förtröstade sig patienterna till Gud, de ville inte lägga bördan av sina tankar på sina anhöriga eller sjukvårdspersonal, eftersom de inte trodde att deras anhöriga kunde hantera deras ångestfyllda tankar (Kaba et al., 2000). Även i Evangelista et al (2003) framkom det att patienterna hade en rädsla för att tynga ner sina anhöriga och de vände sig hellre till Gud med sina tankar då de visste att dessa inte skulle betunga honom. Patienterna kände tro i att Gud hade en plan för dem, de litade på hans vishet. Tron var inte bara andlig utan patienterna kände även tro till den medicinska vetenskapen, till sjukvårdspersonalens kompetens och till att det nya hjärtat skulle ge dem nytt liv (a.a).

En patient uttryckte att det var Gud som tillät henne att fortsätta leva och när det inte fanns någon annan att vända sig till så vände sig hon till honom (Sadala & Stolf, 2007).

Tacksamhet

Tacksamhet är något som tar sig ett starkt uttryck i många av studierna. Främst tacksamhet mot donatorn och donatorns familj men även tacksamhet till att de fortfarande är vid liv då de utan det nya hjärtat hade dött. I studien av Kaba et al (2005) uttryckte en patient, att leva med biverkningar av hjärttransplantation och alla mediciner var bättre än att inte leva alls. Tacksamhetskänslan var hela tiden närvarande och patienterna beskrev det som att de ständigt gick runt med känslan i kroppen. Patienterna i studien av Sadala och Stolf (2007) såg läkare och sjuksköterskor som en del i upplevelsen av att få ett nytt hjärta. De beskrev tacksamhet gentemot sjukvårdspersonalen samt tillfredsställelse över den vård de erbjudits. Patienterna upplevde vistelsen på sjukhuset som hemtrevlig och kände sig mer omhändertagna av vårdpersonalen än vad de blivit av sina egna föräldrar som barn (a.a.). Enligt Mauthner et al (2012) var patienterna i studien nöjda med stödet från anhöriga. Andra patienter tyckte att sjukvårdspersonalen hjälpte till och stöttade dem mest. Känslan patienterna hade av hjälp från sjukvårdspersonalen övervägde dock känslan av stöd från anhöriga. I studien av Sanner (2003) talade patienterna också om en tacksamhet gentemot sjukvårdspersonal och genom den kunde de undvika tankarna på donatorn och dennes familj, då detta gav mycket smärta. De som inte kunde undvika tankarna på donatorn ville gärna återgälda gåvan de fått, genom att exempelvis på en speciell dag tända ett ljus eller hitta på något speciellt till minne av donatorn. Patienter från studien av Kaba et al (2000) menade att de var tacksamma mot donatorn men undvek att ta reda på information om vem donatorn var då de kände att det skulle bli för mycket för dem att bära (a.a.). Vissa patienter kände tillfredsställelse av att få guida nyligen hjärttransplanterade patienter genom den tunga period de tidigare genomlidit (Mauthner et al., 2012). Andra ville inte ha med hjärttransplanterade att göra då de inte ville höra klagomålen från dem, de hade tillräckligt att tänka på själva (Kaba et al., 2000).

Att genomgå prövning

Att genomgå en hjärttransplantation blir för många en prövning, de känner en ambivalens då de dels känner glädje över ett fortsatt liv men samtidigt skuld över att leva på någon annans bekostnad. De har ett undvikande beteende gentemot tankar på donatorn då detta skapar oro och ångest. Rädslan för att stöta bort hjärtat gjorde att patienterna inte ville ha information om donatorn då de trodde att detta kunde påverka deras tankar om hjärtat och på så sätt stöta bort det. Den livsavgörande förändring som hjärttransplantation utgjorde påverkade patienternas värderingar, de insåg vad som var viktigt för dem.

Ambivalens

Den första tiden efter hjärttransplantation upplevde patienterna en ombytlig situation där de slets mellan känslor av död och oro, hopp och glädje. Orsaken till denna kontrast berodde på att patienterna upplevde glädje trots att de visste med sig att någon dött i förtid för att de skulle få uppleva denna glädje (Sanner, 2003). Den första känslan

patienterna upplevde efter hjärttransplantationen var oftast eufori, den berodde på en kombination av stark medicinerings, att patienterna kände att de undkommit döden samt ett ökat fysisk välbefinnande. Efter ett tag byttes denna känsla ut mot en känsla av sorgsenhet på grund av att en annan person fått offra sitt liv för dem (Kaba et al., 2005; Sanner, 2003). Det fortsätter i Kaba et al (2005) med att de kände sig tacksamma över sitt nya hjärta men samtidigt kände skuld till donatorn och dennes familj och att de är undvikande mot tankar om donatorn. Patienterna kände glädje över att de levde men samtidigt sorgsenhet över donatorn.

Vissa patienter såg sitt nya hjärta som en gåva som de behövde vårda, andra kunde inte ta till sig att de fått någon annans hjärta i sin kropp och att de var annorlunda gentemot andra människor. Dessutom upplevde de att andra såg dem som annorlunda (Sadala & Stolf, 2007). Att slitas mellan glädje och sorg tärde mycket på patienterna, de försökte in i det längsta att undvika de svåra tankarna. De ville inte heller prata med någon som inte genomgått samma sak och led därför i det tysta (Kaba et al, 2000; Mauthner et al, 2012). Ambivalensen orsakade ett undvikande beteende.

Skuld och Undvikande

I flera av studierna uppgav patienterna en känsla av skuld över att leva (Kaba et al., 2000; Kaba et al., 2005; Sadala & Stolf, 2007; Sanner, 2003). Innan hjärttransplantationen var längtan efter ett nytt hjärta stor och resulterade i en omedveten önskan om att någon annan skulle dö, denna person var även tvungen att överrensstämma med mottagaren. Många patienter kände att de orsakat donatorns död genom magiskt tänkande och dessutom bidragit till att skända en död kropp (Sanner, 2003). Patienterna behövde tid att få sörja och bearbeta sin svåra situation. I detta skede undvek patienten att tänka på donatorn, som en försvarsmekanism mot känslorna av skuld gentemot densamme, de uppfyllde i stället sina tankar med praktiska frågeställningar kring transplantationen och allt vad det innebar (Kaba et al., 2005). Trots att patienten kände stor skuld över att leva på någon annans bekostnad var valet att inte prata om eller tänka på vem hjärtat kom ifrån. Skulden ledde alltså till undvikande det vill säga patienterna undvek tankar på donatorn samt donatorns familj (Kaba et al., 2000). Även Sanner (2003) bekräftar detta i sin studie där undvikande var vanligt för att slippa skuldkänslorna. Ett annat sätt för patienterna att undvika skuldkänslorna var genom att tro att det fanns en mening med att de skulle leva vidare och att det även fanns en mening med att donatorn skulle dö (a.a). I artikeln av Kaba et al (2000) lade patienterna även stor kraft på att undvika känslor rörande sitt eget hälsotillstånd.

Förändring

Hjärtat är ett livsviktigt organ i kroppen men det är också associerat med känslor, såsom kärlek. Att få ett nytt hjärta upplevs av många som ett hot mot deras personlighet och kroppsuppfattning. I studien av Sadala och Stolf (2007) visade det sig att det fanns patienter som upplevde hjärttransplantationen som en stor kroppslig förändring, de kände att hjärta hade förändrat dem medans andra patienter såg det nya hjärtat som sitt egna. I studierna av Kaba et al., (2005) och Sanner (2003) liknade patienterna det nya hjärtat med en reservdel till en bil som bytts ut, bilen förändrades inte för det så varför skulle kroppen ändrats av ett nytt hjärta (a.a). Detta bekräftas i andra studier där

patienterna uppgav liknande tankar, de kände sig ombyggda efter transplantationen (Sadala & Stolf, 2007). I studien av Pearsall et al (1999) som syftar till att utvärdera om förändringar som skett i hjärttransplanterades patienters personlighet går att koppla till donatorn. I denna studie beskrev flera patienter att det nya hjärtat medfört stora förändringar i deras personlighet. Dessa förändringar menade man hade direkta kopplingar till hur donatorn var som person. Ett exempel är en donator som var i tonåren och spelade mycket klassisk musik på fiol. Mottagaren var en man i medelåldern som efter transplantationen började älska klassisk musik, något som han tidigare hatat. Ett annat exempel var en kvinna som fick ett hjärta från en annan kvinna. Mottagaren slutade efter transplantationen att äta kött, vilket hon tidigare alltid gjort. Hon uppgav att hon mådde illa och fick kväljningar av lukten av kött. Donatorn hade varit vegetarian och även haft en egen vegetarisk restaurang. Det fanns många liknande fall i denna studie. Ytterligare en upplevelse som beskrevs hade en liten kille som blev hjärttransplanterad som ung. Hans donator var en liten flicka som drunknat i en pool. Mottagaren hade alltid älskat vatten men efter transplantationen var han livrädd för att ens gå i närheten av vatten.

Oro och Rädsla

Två olika sorters rädslor framkom i studierna, dels rädslan för hjärtat och sin egen hälsa men även rädslan för att förändras som person och ta efter donatorns personlighet. En studie av Nilsson, Persson och Forsberg (2008) visar att patienterna känner rädsla för att hjärtat skulle stötas bort, de beskrev det som att kontinuerligt vistas på livets spets samt att de hela tiden misslyckades med att trycka undan rädslan. Patienterna förknippade en avstötning av hjärtat med att förlora sin hälsa och även livet. Sanner (2003) skriver i sin studie att patienterna kände stor oro över att inte kunna leva efter donatorns livsstil, de ville leva så likt donatorn som möjligt för att hjärtat skulle anpassa sig lättare. Könet på donatorn var något som oroade många mottagare, de önskade helst ett hjärta från samma kön som dem själva. Män oroade sig för att de skulle bli mer feminina med ett kvinnligt hjärta och kvinnor oroade sig mer över att inte kunna leva upp till de maskulina ideal som finns i samhället. Både män och kvinnor delade upplevelsen av att ett manligt hjärta var starkare än ett kvinnligt hjärta då män generellt sätt är mer muskulösa än kvinnor. På grund av detta kunde även kvinnor tänka sig ett manligt hjärta ur fysisk synpunkt (a.a.). Osäkerheten över att hjärtat plötsligt skulle sluta slå togs också upp av patienterna. De uttryckte rädsla över att helt plötsligt vara tillbaka i samma situation som innan transplantationen där de svävande mellan liv och död. Patienterna hade hela tiden känslan av att någonting skulle hända (Sadala & Stolf, 2007). Det fanns en medvetenhet om att man även efter hjärttransplantation kunde må lika dåligt som innan. Risken för att plötsligt dö var också här något som tärde på patienten, dessa tankar var ständigt närvarande. Rädslan för att hjärtat skulle stötas bort, att immunhämmande läkemedel inte skulle hittas samt att läkemedlen skulle ge biverkninrar fanns hela tiden där och patienterna upplevde en känsla av brist på kontroll (Evangelista et al., 2003; Nilsson et al., 2008).

Ändrade värderingar

När man har levt på gränsen till döden och sedan får en andra chans i livet är det inte ovanligt att värderingar ändras. Saker som tidigare varit betydelsefulla för en person blir plötsligt obetydliga, till exempel materiella ting och pengar. Patienterna började istället

värdesätta och beskydda sin familj och sina vänner mer än tidigare. Många beskriver uttryckligen i flera studier att deras prioriteringar ändrats totalt efter hjärttransplantation (Evangelista et al., 2003; Kaba et al., 2000). Evangelista et al (2003) beskriver att patienterna tyckte det fanns viktigare saker i livet än de själva. Innan hade de satt sig själva i centrum men efter hjärttransplantationen fokuserade de mer på hur de skulle kunna hjälpa andra och ge tillbaka det som givits dem. I studien av Kaba et al (2000) jämförde sig gärna patienterna med andra som inte hade hjärttransplanterats men som ändå hade sämre liv än dem. Vissa patienter blev mer toleranta och menade att lite krämpor inte var något att klaga över, livet är helt enkelt för kort för att gnälla över småsaker. Andra patienter upplevde sig mindre toleranta och behövde använda all sin kraft åt att hålla ihop sig själva. De hade inte kraft nog att utsättas för andras lidande (a.a). Patienterna upplevde även en förändring av människor de omgett sig med, de fick en ny syn på vilka deras riktiga vänner var, dessa vänner stod vid deras sida och drog sig inte undan när det blev svårt (Kaba et al., 2000; Evangelista et al., 2003).

DISKUSSION

Resultatet visar på att patienter som genomgått hjärttransplantation har både positiva och negativa upplevelser. Positiva känslor som framkommer var: hopp och glädje över en framtid, tro på Gud samt den medisinska forskning som hjälpt patienterna genomgå svårigheterna, tacksamhet gentemot donatorn och att de fått tillgång till ett nytt liv. De negativa känslor som framkom var: skuld över att någon behövt dö för att de ska få fortsätta leva, undvikande då det var lättare att undvika än att tänka på donatorn som dött, förändring av kroppen som inte var vad den brukar vara, oro och rädsla dels för att hjärtat skulle stötas bort men även för att personligheten skulle förändras.

Metoddiskussion

För att kunna granska de artiklar som inkluderats i uppsatsen har en modell av Friberg (2012) använts, detta har bidragit till att vi på ett strukturerat sätt kunnat granska och redovisa resultatet av artiklarna i en lätt och överskådlig tabell (bilaga 3). Detta gjordes för att underlätta läsningen för läsarna så att de lättare ska kunna bilda sig en uppfattning av artiklarna utan att behöva läsa dem. För att underlätta för de som kommer läsa uppsatsen har även en tabell (bilaga 2) för att presentera sökord och träffar upprättats.

För att kunna belysa hjärttransplanterades upplevelser valdes att enbart inkludera kvalitativa studier. Val av metod avgjorde även vilken typ av sökord som användes till uppsatsen, sökorden som använts är sökord som framför allt förekommer i fenomenologiska studier där ingen eller väldigt lite tolkning av patienternas berättelser förekommer. Mycket av den forskning inom området som rör hjärttransplanterades upplevelser har genomförts och publicerats under 1970- och 1980-talet. Detta visar att det finns ett stort behov av att fortsätta att forska inom området. Den nya forskning som framkommit under litteratursökningen är framförallt inriktad på kvantitativa studier. Vi har trots detta valt att exkludera kvantitativa studier, då dessa inte låter enskilda patienters upplevelser framträda. Om valet istället blivit att inkludera kvantitativa

studier hade dessa möjligen kunnat ge en större tyngd åt resultatet. I och med att kvantitativa studier har exkluderats och att det inte framkommit mycket ny kvalitativ forskning, har vissa av studierna i ovanstående uppsats blivit något till åren. Studierna som inkluderats i uppsatsen kommer från flera olika länder och kulturer. Länder där studierna är utförda är: Brasilien, Skottland, Sverige och USA. Detta kan ge en större trovärdighet till uppsatsen, då många av studierna lyfter fram samma resultat. Det förekommer dock vissa skillnader i studierna som kanske kan förklaras genom just olika kulturella skillnader mellan patienterna. Flera av artiklarna är skrivna av samma författare då dessa författare återkom vid litteratursökningen och verkar vara drivande inom området. Dessa författare är dessutom ofta citerade i annan litteratur.

Att presentera resultatet i form av teman och underteman innebär vissa svårigheter, då undertemanen går in i varandra. Genom att diskutera fram och tillbaka valde vi till slut att försöka avgränsa undertemanen och därmed bestämma i vilket tema de hör hemma. Existentiella frågor är ett ämne som återkommer i samtliga teman och underteman. Temat fick därför bli huvudtemat som tas upp för sig.

Resultatdiskussion

Förenklat skulle resultatet kunnat ha delats in i två teman, positiva känslor och negativa känslor men för att få fram ett mer nyanserat resultat har vi valt att bortse från detta och istället dela in uppsatsen i teman och underteman. Enligt studien av Svenaeus (2012) är det enda organ i kroppen, som skulle påverka människans personlighet, hjärnan och denna kan i nuläget inte transplanteras. En människas identitet byggs upp genom en uppfattning av sig själv och kulturen runt omkring (a.a). I resultatet har ändå patienterna påverkats av att få ett nytt hjärta. De har uppgett att de fått en ändrad uppfattning om sina värderingar och de har känslomässigt påverkats. De tror att anledningen till detta beror på det donerade hjärtat, att det har överfört vissa egenskaper från donatorn till dem.

Under uppsatsens gång har mycket negativa känslor som patienterna upplever uppdagats. Detta kan ses som förvånande då hjärttransplantation faktiskt anses som en botande behandling. Före uppsatsen förväntades bara de bra sidorna med att bli hjärttransplanterad och vi trodde att det bara skulle vara en lättnad för patienterna då de tidigare svävat på gränsen till döden.

I Nilsson, Persson och Forsberg (2008) samt Sanner (2003) förekommer det även patienter som genomgått andra typer av transplantationer än hjärttransplantationer. Det är dock tydligt beskrivet vilka patienter det är som uttrycker sina tankar och upplevelser. Även i O'Connor et al (2009) förekommer det hjärttransplanterade patienter men även patienter med andra sjukdomar. Även här är det tydligt beskrivet vilka delar av resultatet som hör till hjärttransplanterade patienters upplevelser.

Existentiella frågor

Patienterna ställde frågor angående sin existens vilket kan ses som en naturlig reaktion på deras situation. Wiklund (2003) skriver att patienter som utsätts för eller möter sjukdom, lidande och död i en eller annan form börjar fundera över sin existens, vilket är ett vanligt fenomen i alla åldrar och kulturer. Utifrån denna vetenskap är det kanske inte

så konstigt att dessa frågor och funderingar förekommer i nästan samtliga av de analyserade studierna, oavsett i vilket land de är genomförda. Att nästan alla patienter upplever någon form av existentiell kris i samband med sjukdom är därför inte ovanligt. I den aktuella uppsatsen symboliseras upplevelsen av kris med att få ett nytt hjärta, den visar att sjukvårdspersonal måste vara öppna för att lyssna till patienterna och ta emot de existentiella frågorna patienterna har. Dock menar Wiklund (2003) att både patienter och sjukvårdspersonal upplever att det är svårt att tala om frågor rörande just existensen, patienterna då de upplever det som jobbigt att samtala om existentiella frågor och vårdpersonalen då de tror att de kan skapa mer lidande hos patienten.

Flera av de hjärttransplanterade patienterna i studien frågade sig: varför jag, varför händer detta mig? Det är en fråga som är väldigt svår att svara på trots det är den väldigt relevant. Frågan grundar sig troligtvis i att försöka finna en mening med lidandet. Dahlberg et al (2005) och Wiklund (2003) skriver att finna mening i sitt lidande är en del i processen för att bearbeta lidandet.

Vårdvetenskapen utgår ifrån en människosyn där människan ska ses som en helhet till skillnad från den medicinska vetenskapen, där människan ses som en tvådelad varelse (Dahlberg et al., 2003). Om kroppen påverkas, påverkas också patientens upplevelse av sig själv och sin livsvärld och därför bör inte en hjärttransplantation ses som enbart en medicinsk behandling med endast kroppsliga förändringar. Den måste också ses ur ett större perspektiv och förändringarna av patienters upplevelse av sin identitet måste tas i beaktande då det även kan tillkomma många psykiska förändringar. För att sjuksköterskan ska kunna stödja patienterna kan denna uppsats hjälpa till att medvetandegöra för sjuksköterskan vikten av att vara mottaglig för patienters tankar. Samt att hjälpa patienter öppna sig och dela med sig av sina tankar och känslor. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det bland annat att sjuksköterskan ska ha förmåga att ”tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga” och ”att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder” (Socialstyrelsen 2005).

Att känna livskraft

Resultatet visar att hopp och optimism är starka känslor efter en hjärttransplantation, dessa känslor hjälper patienten att ta sig igenom tiden efter transplantationen. Wiklund (2003) skriver att i många fall kan det vara bra om vårdpersonalen hjälper patienten att väcka upplevelsen av hopp. I de granskade artiklarna, verkar det inte som att patienterna har fått denna hjälp av vårdpersonalen. Hoppet kan ses som en resurs för patienterna och därför borde vårdpersonalen uppmuntra patienterna så att de ser möjligheter och börjar hoppas på ett bra liv. Patienterna beskrev även att det fanns känslor av glädje efter hjärttransplantationen. Anledningen till denna glädje var att hjärttransplantationen blev en ny tillgång till livet. Resultatet visar även att patienterna satte upp meningsfulla mål i livet för att de skulle kunna ta tillvara det som givits dem.

I artiklarna uttryckte patienterna att de hade störst tilltro till Gud. Bara i en artikel uttryckte patienterna sin tilltro för sjukvården. Kanske beror detta på att flera artiklar kommer från länder med starkt katolsk tro, som Brasilien och Skottland. Det kan därför

göra det svårt att överföra resultatet till, till exempelvis nordiska länder, då tron där inte är lika utbredd. Evangelista et al (2003) beskriver att när patienterna fick samvetskväl vände de sig gärna till Gud för att skydda sina anhöriga från svåra frågor. I studien av Sadala, Stolf, Boccia och Bicudo (2012) uppgav anhöriga att de inte visste hur de skulle prata med sin hjärttransplanterade familjemedlem. Konsekvenserna av patienternas handlande blev enligt Casida (2005) att de anhöriga kände sig utestängda av sin sjuka familjemedlem. Man kan därför fråga sig om det inte vore bättre att sjukvården uppmuntrar till dialog med närstående i stället för att de hjärttransplanterade pratade med Gud. Kanske hade anhöriga mått bättre om de fått bli delaktiga i tankarna som patienterna upplevde. Inte heller vände sig mottagarna till sjukvårdspersonal med sina tankar, kan detta ha berott på rädsla över att de skulle blivit avvisade av personalen? Matlock, Nowels och Bekelman (2010) studie från Kanada togs det upp hur patienter upplevde svårigheterna som en hjärttransplantation medförde och vad som påverkade de beslut som skulle fattas. De beskrev att det till och med gick så långt att patienter som inte orkade fatta egna beslut om sin behandling överlät besluten till Gud, de lät honom göra deras val åt dem (a.a). Att patienterna inte fattade sina egna beslut utan avsåg sig ansvaret över sin egen situation är oroväckande. Resultatet tyder på att sjukvårdspersonal behöver lyssna till patienten mer än vad som görs idag. Personalen behöver även finnas som en stöttepelare med exempelvis information när svåra val skall göras. För att kunna tillgodose patienternas omvårdnadsbehov behöver sjuksköterskan som vårdar hjärttransplanterade patienter ha en betydande förståelse för hur patienterna verkligen upplever sin situation. För att ta till vara sig patientens upplevelse måste sjuksköterskan vara öppen och lyssna till patientens berättelse.

Patienterna hade olika strategier för att kunna handskas med känslorna som hjärttransplantationen gav dem. De kände tacksamhet till donatorn och donatorns familj, de ville ge tillbaka och använde sig av traditioner och ritualer som exempelvis att tända ljus för donatorn på en speciell dag. De gjorde detta för att bearbeta sorgen och minnas de avlidna personerna. Som strategi för att hantera de ambivalenta känslorna gentemot donatorn verkar det som ett bra sätt att hedra dem samt lindra sin sorg.

Att genomgå prövning

Valet att kalla detta tema ”att genomgå prövning” grundar sig i att när artiklarna analyserades framkom det att patienterna genomgick en stor prövning efter hjärttransplantationen, något som de kanske inte alltid förutspått skulle hända. Hjärttransplantationen ställer de allra flesta patienterna inför psykiska påfrestningar som tar mycket tid och kraft. De ställs inför ett nytt liv med ett hjärta som tidigare tillhört någon annan. Patienterna prövas i sin uppfattning om sig själv och har frågor om varför just de drabbats av det lidande som hjärttransplantation medför.

Svenaues (2012) skriver att det finns väldigt många olika livshändelser som kan leda till att personligheten hos en individ förändras, bland annat nämner han: nära döden upplevelser, sjukdom, att bli förälder, bli förälskad eller att bli av med sitt arbete. Att patienterna i uppsatsen upplever förändringar i sin personlighet behöver således inte bero på att de har fått ett nytt hjärta från en annan person, utan att patienten har genomgått en väldigt svår tid där de levt på gränsen till döden. Vi tror att detta är bra att ha i åtanke när patienter som genomgått en hjärttransplantation framför tankar om att

det har blivit en annan person efter sin transplantation. Vi menar att det snarare vore mer otroligt om patienterna inte upplevt att transplantationen lett till förändringar.

I studien av Pearsall et al (1999) framkommer att mottagare haft bisarra upplevelser av att donatorns livsstil förändrat deras livsstil. Detta har inte framkommit i någon av de andra studierna och frågan är hur vanligt förekommande dessa upplevelser faktiskt är. Studien är vetenskaplig och berättelserna har inträffat i verkligheten. Då detta fenomen var ovanliga så är frågan om det finns en möjlighet att patienterna i andra studier låtit bli att berätta om de bisarra känslorna på grund av rädsla över att verka sinnesförvirrade. Även här visar resultat på att vårdpersonal behöver lyssna mer till patienterna och visa att bisarra känslor inte är farliga att dela med sig av.

Babruth (2004) skriver i sin studie att det finns risker alla patienter ska vara medvetna om, en av dessa risker är risken för bortstötning. Trots detta är patienterna inte alltid medvetna om komplikationer, risker och biverkningar som en hjärtransplantation kan medföra. Flera av patienterna i uppsatsen upplevde tiden efter sin transplantation som väldigt svår och de upplevde rädsla för att hjärtat skulle stötas bort. Enligt Babruth (2004) upplever patienter stor oro efter hjärtransplantationen vilket enligt studien beror på den starka stress patienterna utsätts för i samband med operation. I denna uppsats sågs ovanstående oro som ett hot mot patientens upplevelse av hälsa vilket var väldigt påfrestande för dem. Dahlberg et al (2003) skriver att hot leder till otrygghet vilket i sin tur leder till brist på kontroll över sin situation. För att återställa tryggheten behöver hotet undanröjas (Dahlberg et al., 2003). Patienterna hade svårt att undanröja hotet och de upplevde att de inte hade kontroll över sin situation. Enligt Dahlberg et al (2003) är det viktigt att patienterna skaffar sig förståelse för sin sjukdom och vilka följder det kan få för dem. Ju mer patienterna kan om sin sjukdom desto högre känsla av kontroll och då även en högre känsla av trygghet får de. Det är viktigt att sjuksköterskor som vårdar hjärtransplanterade, informerar sina patienter om biverkningar och risker med behandlingen.

Vad som kan anses som förvånande är patienternas ambivalens som framkommer i uppsatsens resultatdel. Att känna enorm glädje samtidigt som man känner stor ledsamhet. Även i studien av Overgaard, Grufsted Kjeldgaard och Egerod (2012) har detta visat sig. Den beskriver att patienterna känner sig tursamma över det faktum att de fått ett nytt hjärta. Samtidigt känner de sorgsenhet över donatorn och donatorns familj. I slutänden beskriver dock patienterna att de vet att livet måste gå vidare.

En önskan att kunna tacka donatorn och dennes anhöriga var något som framkom i samtliga artiklar men i alla länder är inte detta något man självklart får göra. I Sverige till exempel kan man endast få reda på ålder och kön på donatorn. I USA kan man förutom att få reda på ålder och kön, dessutom få möjlighet att skicka anonyma brev till donatorns anhöriga via donationscentrum om man så önskar. Det verkar finnas en delad mening om hur vida patienterna vill ha reda på vem donatorn är och vilka egenskaper personen hade. Därför är det bra att det är frivilligt att få information. Det kan vara att föredra den modell som USA utarbetat, om detta leder till att patienterna lättare kan acceptera sitt nya hjärta och sin nya situation.

SLUTSATSER

Resultatet i denna litteraturstudie visade på ett övergripande tema i patienters upplevelser efter en hjärttransplantation, detta tema berör de existentiella frågor som väcks hos patienterna. Vidare innefattar patienternas upplevelser temat ”att känna livskraft” med de tre undertemanen: hopp och glädje, tro och andlighet, samt tacksamhet. Resultatet innefattar även temat ”att genomgå prövning” med fem underteman: ambivalens; skuld och undvikande; oro och rädsla; förändring och ändrade värderingar.

- Patienter som genomgått en hjärttransplantation har stort behov av någon att dela sina tankar med. Detta är något som sjuksköterskor bör känna till för att i bästa mån kunna hjälpa patienter genom den svåra upplevelsen av att få ett nytt hjärta. Det är även viktigt att sjuksköterskan bistår patienter att delge sina tankar så att de inte går och lider i det tysta.
- Patienterna kände både glädje och sorg över sin nya situation. I de flesta fall överväger de positiva känslorna och vi har inte funnit något som indikerar på att någon patient skulle vilja vara utan hjärttransplantationen.
- Patienterna fick ändrade värderingar efter hjärttransplantationen. De har fått en ny syn på vad som är viktigt i livet och fokuserar mindre på materiella ting.
- Patienterna har ofta svårt att involverade de anhöriga i sina tankar och känslor. Här borde sjukvården se de anhöriga som en resurs och ta hjälp utav dem i den fortsatta patientvården.
- Patienterna upplever ett fysiologiskt lidande, detta försvinner efter ett tag men då är fortfarande det psykiska lidandet kvar. Därför bör kunskapen om svårigheterna efter hjärttransplantationen ökas hos sjukvårdspersonalen dels för att innan transplantationen kunna informera patienten och anhöriga om livet efter transplantationen men även för att bättre förstå vad patienterna genomgår efter transplantationen.

Vidare forskning

- Ny forskning inom ämnet behövs på grund av att det inte framkommit något entydigt resultat som visar hur man kan hjälpa patienterna igenom krisen med att få ett nytt hjärta.
- Mer och aktuellare forskning inom området krävs då mycket av den kvalitativa forskningen är förhållandevis gammal.

REFERENSER

- Aguiar, M. I. F., Farias, D. R., Pinheiro, M. L., Chaves, E. S., Rolim, I. L. T. P. & Almedia, P. C. (2011). Quality of life of patients that had a heart transplant: Application of Whoqol-Bref Scale. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 96(1), 60-67.
- Antunes, M. J., Prieto, D., Sola, E., Antunes, P. E., De Oliveira, F., Franco, F. & Providência, L. A. (2010). Cardiac transplantation: five years' activity. *Portuguese Journal of Cardiology*, 29 (05), 731-748.
- Babruth, A. J. (2004). What Every Patient Should Know... Pretransplantation and Posttransplantation. *Critical Care Nursing Quarterly*, 1 (27), 31–60.
- Bakkan, P. A., Myrseth, A. S., Kongshaug, K., Relbo, A. & Grov, I. (2011). Omvårdnad vid organdonation och organtransplantation. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk omvårdnad* (s.499-518). Stockholm: Liber
- Bergh, C. H. & Nilsson, F. (2002). Transplantation av hjärta och hjärta-lunga. I C. Johnsson & G. Tufvesson (red.), *Transplantation* (s.200-220). Lund: Studentlitteratur.
- Casida, J. (2005). The lived experience of spouses of patients with a left ventricular assist device before heart transplantation. *American Journal of Critical Care*, 2 (14), 145-151.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Evangelista, L. S., Doering, L. & Dracup, K. (2003). Meaning and life purpose: the perspectives of post-transplant women. *Heart Lung*, 32 (4), 250-257.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: studentlitteratur.
- Hallas, C., Banner, N. R. & Wray, J. (2009). A qualitative study of the psychological experience of patients during and after mechanical cardiac support. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24 (1), 31-39.
- Hinojosa, R., Herruzo, A., Escobedo Ortega, A. M. & Jiménez, P. I. (2009). Evaluation and maintenance of heart donors. *Medicina intensiva*, 33 (8), 377-384.
- Holtzman, S., Abbey, S. E., Stewart, D. E. & Ross, H. J. (2010). Pain after heart transplantation: Prevalence and implications for quality of life. *Psychosomatics*, 51:3
- Kaba, E., Thompson, D. R. & Burnard, P. (2000). Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 930-936.

- Kaba, E., Thompson, D. R., Burnard, P., Edwards, D. & Theodosopoulou, E. (2005). Somebody else's heart inside me: a descriptive study of psychological problems after a heart transplantation. *Mental Health Nursing*, 26:211-625.
- Lantz, G. (1995). Två slags etik. I K. Eriksson (red.), *Mot en caritativ vårdetik* (s. 83-93). Åbo: Åbo Akademi
- Livsviktigt.se (2012). *Statistik*. Hämtad 15 oktober, 2012, från <http://www.livsviktigt.se/omdonation/statistik/Sidor/default.aspx>
- Matlock, D. D., Nowels, C. T. & Bekelman, D. B. (2012). Patient perspective on decision making in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10 (16), 823-826.
- Mauthner, O., De Luca, E., Poole, J., Gewarges, M., Abbey, S. E., Shildrick, M. & Ross, H. (2012). Preparation and support of patients through the transplant process: understanding the recipients' perspectives. *Nursing Research and Practice*. 2012; 2012: 547312
- Nilsson, M., Persson, L. O. & Forsberg, A. (2008). Perception of experiences of graft rejection among organ transplant recipients striving to control the uncontrollable. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 2408-2417.
- O'Connor, K. P., Janelle, C., Coutu, M. F., Reuleau, A., Lessard, M. J., Kirouac, C., Marchand, A., Dupuis, G., Turgeon L. & Bélanger, M. P. (2009). 'I'm cured but...'. Perception of illness following treatment. *Journal of Health Psychology*, 14 (2), 278-287.
- Overgaard, D., Grufsted Kjeldgaard, H. & Egerod, I. (2012). Life in transition: A qualitative study of illness experience and vocational adjustment of patients with left ventricular assist device. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 (27), 394-402
- Pearsall, P., Schwartz, G. E. R. & Russek, L. G. S. (1999). Changes in heart transplant recipients that parallel the personalities of their donors. *Integrative Medicine*. 2: 65-72.
- Persson, N. H. & Omnell Persson, N. (2002). Fördelning av organ. I C. Johnsson & G. Tufvesson (red.), *Transplantation* (s.106-114). Lund: Studentlitteratur.
- Ruzyczka, E. W., Milanika, I., Przybytowski, P., Wierzbicki, K., Siwinńska, J. Hubner, F. K. & Sadowski J. (2011). Depression and quality of life in terms of personal resources in heart transplant recipients. *Transplantation Proceedings*, 43: 3076-3081.
- Sadala, M. L. A. & Stolf, N. A. G. (2007). Heart transplantation experiences: a phenomenological approach. *Journal of nursing and healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 17 (7b), 217-225.

- Sadala, M. L. A., Stolf, N. G., Bocchi, E. A. & Bicudo, M. A. V. (2012). Caring for heart transplant recipients: the lived experience of primary caregivers. *Heart and Lung*. 09 006, 1-8.
- Sanner, M. A. (2003). Transplant recipients' conceptions of three key phenomena in transplantation: the organ donation, the organ donor, and the organ transplant. *Clinical Transplantation*, 17: 391-400.
- Socialstyrelsen. (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 19 december, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Socialstyrelsen. (2008). *Hjärt- och lung-transplantationer som rikssjukvård- Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 19 november 2008 (2008-126-35)*. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 12 oktober, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-35>
- Socialstyrelsen. (2012). *Möjliga donatorer i Sverige 2011- En sammanställning av dödsfall inom intensivvården (2012-7-8)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 12 oktober, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-7-8>
- Socialstyrelsen (2012). *Organ och vävnadsdonation*. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 12 oktober, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/organ-ochvavnadsdonation>
- SOSFS 2005:10. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 15 oktober, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-10>
- Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Svenaesus, F. (2012). Organ transplantation and personal identity: How does loss and change of organ affect the self? *Journal of Medicine and Philosophy*. 37: 139-158.
- Tännsjö, T. (2002). Etiska aspekter. I C. Johnsson & G. Tufvesson (red.), *Transplantation* (s.115-123). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

BILAGOR

Bilaga 1 NYHA (New Yorks Heart Association) klassifikationslista av hjärtsvikt

Grad	Kliniskbild
NYHA I	Hjärtsjukdom utan symtom.
NYHA II	Symtom vid mer än måttlig ansträngning.
NYHA III	Symtom vid lätt till måttlig ansträngning (från gång i lätt uppförsbacke till av- och påklädning).
NYHA IV	Symtom i vila. Minsta aktivitet ger ökade symtom.

Bilaga 2 Sökord och träffar vid artikelsökning.

Databas	Sökord	Träffar	Inkluderade
Cinahl	Heart transplant AND Psychology	7	1
	Heart transplant AND qualitative	22	2
	Heart transplant AND Experiences	16	2
	Heart transplant AND Nursing AND Coping	5	1
Pubmed	Heart transplant AND Recipients AND Phenomenological	5	1
	Heart transplant AND Patient experience AND Recipients	14	1
	Heart Transplant AND Recipients AND Psychology AND Experiences	10	1

Bilaga 3 Granskning av artiklar

	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p>Titel: Meaning and life purpose: the perspectives of post-transplant women.</p> <p>Författare: Evangelista, L. S., Doering, L. & Dracup, K.</p> <p>Tidskrift: Heart Lung</p> <p>Årtal: 2003</p>	Vårdvetenskaplig/ Patientperspektiv	Att utforska hjärttransplanterade kvinnors återhämtning psykologiskt.	Dels användes en kvantitativ metod och dels användes en kvalitativ metod. Deltagarna i studien varvades från en hjärtklinik i ett engelsk talande land. Kriterier: kvinna, adekvat i kognitiva funktioner, förstå engelska genom text och tal. Frivilligt deltagande. Totalt 33 kvinnor deltog. Den kvalitativa delen av studien genomfördes genom att intervjua deltagarna i sina hem. Sen transkriberades intervjuerna för analys.	Genom att använda olika copingstrategier kunde kvinnorna uppleva en ganska hög mening med livet trots att förekomsten av depression och oro var vanligt förekommande hos kvinnorna.

<p>Titel: Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping</p> <p>Författare: Kaba, E., Thompson, D. R. & Burnard, P.</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 2000</p>	<p>Vårdvetenskaplig/ Patientperspektiv</p>	<p>Utforska vilka copingstrategier hjärtransplanterade patienter använder sig av för att hantera sin situation med ett nytt hjärta.</p>	<p>Hjärtransplanterade (35 män och 7 kvinnor) som genomgått transplantationen mellan 2-24 månader innan studien genomfördes, intervjuades. Intervjuerna spelades in för att sedan transkriberas och sedan analyseras.</p>	<p>För att kunna gå vidare var den vanligaste strategin att acceptera och se positivt på sin svåra situation. En andra strategi var att förneka att det var en avlidens hjärta man hade fått, detta för att skydda sig mot obehagliga känslor/tankar.</p>
---	--	---	---	---

<p>Titel: Somebody else's heart inside me: a descriptive study of psychological problems after a heart transplantation</p> <p>Författare: Kaba, E., Thompson, D. R., Burnard, P., Edwards, D. & Theodosopoulou, E</p> <p>Tidskrift: Mental Health Nursing</p> <p>Årtal: 2005</p>	<p>Vårdvetenskaplig/ Patientperspektiv</p>	<p>Utforska psykologiska problem som kan uppstå i samband med hjärtransplantation.</p>	<p>Patienterna intervjuades 2-24 månader efter att de genomgått sin transplantation. Totalt deltog 35 män och 7 kvinnor i studien. Åldern på deltagarna var 32 till 62 år.</p>	<p>Vanliga problem vid transplantation av hjärta är oro över donatorn och skuld/skam över att leva på bekostnad av denne, att personligheten skulle förändras pga. det nya hjärtat, vad som kommer att hända ens gamla hjärta och den obetalbara skulden till donatorns anhöriga.</p>
--	--	--	--	---

<p>Titel: Preparation and support of patients through the transplant process: understanding the recipients' perspectives</p> <p>Författare: Mauthner, O., De Luca, E., Poole, J., Gewarges, M., Abbey, S. E., Shildrick, M. & Ross, H.</p> <p>Tidskrift: Nursing Research and Practice</p> <p>Årtal: 2012</p>	<p>Vårdvetenskaplig/ Patientperspektiv</p>	<p>Undersöka hjärttransplanterades tankar kring förberedelser och stöd under transplantationsprocessen.</p>	<p>27 patienter intervjuades av ett multidisciplinärt team. Patienterna var mellan 18-72 år, genomgått sin transplantation för 1-10 år sen, pratade engelska och var mentalt adekvata. Intervjuerna videofilmades för att kunna studera patienternas kroppspråk när de svarade på frågorna.</p>	<p>Patienterna kände att ingen riktigt förstod deras situation. Patienterna uppgav att det bästa sättet att ta sig igenom processen var att upprätthålla hoppet. Närvaron av sjukvårdspersonal, familj och vänner sågs som ett viktigt stöd under hela processen.</p>
---	--	---	---	---

<p>Titel: Perceptions of experiences of graft rejection among organ transplant recipients striving to control the uncontrollable</p> <p>Författare: Nilsson, M., Persson L. O. & Forsberg A.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2008</p>	<p>Vårdvetenskaplig/ Patientperspektiv</p>	<p>Att undersöka uppfattningar om transplantationsavstötning och olika metoder för att få kunskap om avstötning hos vuxna mottagare av transplanterat.</p>	<p>16 patienter (6 män och 10 kvinnor) som genomgått antingen njur-, lever-, hjärt- eller lungtransplantation. 4 patienter hade mottagit lungor, 3 hjärtan, 1 hjärta+njure, 4 njure och 4 lever. Patienterna intervjuades och detta spelades in, för att sedan transkriberas. Transplantationen hade genomgått för 3-10 månader sen. Åldern på deltagarna var 21-63 år. Inklusionskriterier transplanterad vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och inte genomgå pågående behandling av organavstötning.</p>	<p>I analysen av data från intervjuerna framkom 5 olika teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det abstrakta hotet mot livet. • Det konkreta hotet mot hälsa. • Att lita på kroppen. • Försöka kontrollera hotet. • Ens identitet.
--	--	--	---	--

<p>Titel: I'm cured but...' Perception of illness following treatment</p> <p>Författare: O'Connor, K. P., Janelle, C., Coutu, M.f., Reuleau, A., Lessard, M. J., Kirouac, C., Marchand, A., Dupuis, G., Turgeon L. & Bélanger, M. P.</p> <p>Tidskrift: Journal of Health Psychology</p> <p>Årtal: 2009</p>	<p>Patientperspektiv</p>	<p>Att förbättra kunskapen om hur patienter upplever sin sjukdom bland tre patientgrupper med olika sjukdomar: hjärtrtransplantation, ångestproblematik, Tourettes syndrom och tics problematik.</p>	<p>Fem patienter som genomgått hjärtrtransplantation de senaste 3 månaderna. Fem patienter med ångestproblematik och 3 Tourettes syndrom och tics problematik. Deltagarna var mellan 18-65 år. Patienterna rekryterades via kliniker specialiserade inom respektive sjukdom. Intervjuerna skedde antigen på kliniker eller hemma hos patienterna. Intervjuerna transkriberades för att beskriva olika fenomen som patienterna beskrev.</p>	<p>Tre Teman framträdde vid analys av intervjuerna: Hur patienterna såg på sin sjukdom, hur patienterna valde att hantera sin sjukdom och hur patienterna såg på sin framtid.</p>
--	--------------------------	--	--	---

<p>Titel: Changes in heart transplant recipients that parallel the personalities of their donors</p> <p>Författare: Pearsall, P., Schwartz, G. E. R. & Russek, L. G. S.</p> <p>Tidskrift: Integrative Medicine</p> <p>Årtal: 1999</p>	<p>Patientperspektiv</p>	<p>Att utvärdera om förändringar i personligheten efter hjärttransplantation går att koppla samman med donatorns tidigare liv.</p>	<p>Ostrukturerade intervjuer med hjärttransplanterade patienter som upplevt förändringar i sin personlighet. Även anhöriga till patienterna och anhöriga till donatorerna intervjuades. Intervjuerna skedde med varje deltagare för sig och spelades in för att sedan transkriberades. Totalt intervjuades 10 transplanterade, minst 1 anhörig till varje patient och minst 1 anhörig till varje donator.</p>	<p>Resultatet visar att samtliga mottagare av ett nytt hjärta i studien upplevt förändringar i sin personlighet efter transplantationen. I samtliga fallen har förändringarna kunnat kopplas direkt till egenskaper och upplevelser i donatorns liv.</p>
---	--------------------------	--	---	--

<p>Titel: Heart transplantation experiences: a phenomenological approach.</p> <p>Författare: Sadala, M. L. A. & Stolf, N. A. G.</p> <p>Tidskrift: Journal of nursing and healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2007</p>	<p>Vårdvetenskaplig/ Patientperspektiv</p>	<p>Att förstå hjärtransplanterades upplevelse baserad på deras egna beskrivningar.</p>	<p>26 hjärtransplanterade intervjuades. Varje intervju skedde enskilt och patienterna fick svara på en enda fråga: Vad innebär det att vara hjärtransplanterad?</p>	<p>Data analysen resulterade i 3 olika teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den levda tiden • Donatorn, familjen och vårdgivare • Reflektion av upplevelsen
---	--	--	---	---

<p>Titel: Transplant recipients' conceptions of three key phenomena in transplantation: the organ donation, the organ donor, and the organ transplant.</p> <p>Författare: Sanner, M. A.</p> <p>Tidskrift: Clinical Transplantation</p> <p>Årtal: 2003</p>	<p>Vårdvetenskaplig/ Patientperspektiv</p>	<p>Undersöka hjärttransplanterade och njurtransplanterade patienters tankar kring organdonationen.</p>	<p>38 patienter (23 män och 15 kvinnor) deltog i intervjuer i samband med sjukhusbesök eller i hemmet. 15 patienter hade genomgått hjärttransplantation och resterande 23 en njurtransplantation. Två deltagare avled under studien vilket resulterade i att deras intervjuer stöks. Studien pågick totalt 2 år och intervjuerna skedde vid 3, 6, 12 och 24 månader efter transplantationen. Urvalskriterier: Förmåga att kunna kommunicera på svenska och fyllt minst 20 år.</p>	<p>Den första tiden efter transplantationen upplevde samtliga patienter i studien som en väldigt känslomässig tid. Ett flertal försvarsmekanismer användes för att hantera sin situation.</p>
---	--	--	---	---