EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2014:100

Hjärtstopp - ett avbrott i livet

En litteraturöversikt

Emma Carlsson
Anna-Karin Qvarnström

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Examensarbetets titel:	Hjärtstopp - ett avbrott i livet: en litteraturstudie
Författare:	Emma Carlsson & Anna-Karin Qvarnström
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning
Handledare:	Magnus Hagiwara
Examinator:	Berit Lindahl

Sammanfattning

I Sverige drabbas ungefär 27 personer av hjärtstopp varje dag i och utanför sjukhus. Det är alltså ca 10 000 människor varje år som får plötsligt hjärtstopp utanför sjukhus. Det är av största vikt att behandling påbörjas så fort som möjligt för att öka chanserna för överlevnad. Det är svårt att förutsäga vilka som kommer drabbas av hjärtstopp. Eftersom sjuksköterskan i sitt yrke kan träffa på dessa patienter, oavsett arbetsplats, är det en fördel att veta hur hjärtstoppet påverkat patienten. För att kunna ge det stöd som behövs. Syftet med arbetet var att undersöka hur personer som överlevt ett hjärtstopp upplever sin livssituation. En litteraturöversikt användes som metod. Litteratursökningen resulterade i nio vetenskapliga artiklar varav fem var kvalitativa och fyra kvantitativa studier. Samtliga artiklar granskades för att svara på forskningsfrågan. Ur analysen framkom tre huvudteman från de kvalitativa studierna och ur kvantitativa studierna framkom två huvudteman. Resultatet visar att livskaliten påverkas hos de personer som överlevt hjärtstopp. Det framkom förändringar i psykiska och fysiska aspekter men även existentiella. Huvudfynd ur de kvantitativa artiklarna var även dessa relaterade till psykiska och fysiska förändringar. Slutsatsen är att kunskap som gäller patientens upplevelse av sin vardag efter ett hjärtstopp är viktig. En individanpassad vård utgående från ett livsvärldsperspektiv bör vara utgångspunkt för sjuksköterskors vårdande för denna patientgrupp.

Nyckelord: *Hjärtstopp, upplevelser, livskvalité, överlevare.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Vad är ett hjärtstopp och vilka drabbas av hjärtstopp? 1

Behandling i samband med hjärtstopp 1

Människan i kris 2

Begreppet patient 3

Vårdandets mål 3

PROBLEMFORMULERING 4

SYFTE 4

METOD 5

Litteratursökning 5

Kvalitetsgranskning 5

Dataanalys 5

RESULTAT AV STUDIER GENOMFÖRDA MED KVALITATIVA METODOLOGIER 6

Upplevelser av psykiska besvär 6

Upplevelser av oro/ångest och rädsla 6

Att känna skuld och skam 7

Att uppleva kognitiva problem 7

Upplevelser av kroppsliga besvär 8

Begränsningar i sin kroppsliga funktion 8

Existentiella upplevelser 8

Att finna mening och sammanhang 8

Att få en andra chans 9

RESULTAT FRÅN STUDIER GENOMFÖRDA MED KVANTITATIVA METODOLOGIER 9

Psykiska aspekter 9

Ångest, nedstämdhet och depression 9

Livskvalité och hälsa 10

Fysiska aspekter 11

Arbetssituation 11

Energinivåer och trötthet 11

DISKUSSION 11

Metoddiskussion 11

Resultatdiskussion 13

SLUTSATSER 15

INLEDNING

Varje dag drabbas ungefär 27 personer av hjärtstopp i Sverige. En av dem överlever. Det är alltså cirka 10 000 människor per år i Sverige som får plötsligt hjärtstopp utanför sjukhus där bara cirka 500 av dem överlever (Sveriges hjärtstartarregister, 2014). Det är av största vikt att behandling påbörjas så fort som möjligt för att öka chanserna för överlevnad. Om ett stillastående hjärta kan startas på nytt inom en till två minuter uppstår i regel inga organskador. För varje minut som sedan går uppstår allt svårare skador på framför allt hjärnan. Om behandlingen kommer igång först efter 15 minuter är möjligheterna till framgång i princip obefintliga dock med ett undantag, nedkylning (Persson & Stagmo 2008, s. 109).

Vi har valt att skriva detta examensarbete om hjärtstopp då vi båda har erfarenheter av hjärtsjukvård. Vi har mött personer som anlänt till avdelningen på grund av ett hjärtstopp men även personer som fått sitt hjärtstopp inne på avdelningen. Då fler personer överlever hjärtstopp jämfört med tidigare, kommer dessa patienter bli vanligare i vården (Strömsöe, Svensson, Axelsson, Claesson, Göransson, Nordberg & Herlitz 2014, s. 5).

BAKGRUND

Vad är ett hjärtstopp och vilka drabbas av hjärtstopp?

Ett plötsligt hjärtstopp innebär att hjärtats pumpförmåga av oväntad anledning upphör och den drabbade förlorar medvetande och är utan livstecken. Vid ett plötsligt hjärtstopp, som inte sällan orsakas av en hjärtinfarkt, kan hjärtats normala rytm övergå i ett kammarflimmer, även kallat ventrikelflimmer, och pumpförmågan upphör omedelbart. Kammarflimmer är en mycket snabb hjärtrusning i kamrarna, vilket leder till att de endast står och skakar. Pumpförmågan har helt upphört. Detta är ett livshotande tillstånd då inget blod lämnar hjärtat och således försätts personen snabbt i medvetslöshet (Hjärt- och lungfonden, 2014).

Det är svårt att förutsäga vilka som kommer drabbas av ett hjärtstopp. Allt från personer med känd hjärt- kärldiagnos till elitidrottare kan drabbas (Hjärt- och lungfonden, 2014). Dagens forskning kring plötsligt hjärtstopp inriktar sig på att utveckla undersökningsmetoder som gör det lättare att finna de personer som är i riskzonen för att drabbas av ett plötsligt hjärtstopp. Annan del av forskningen fokuserar på att identifiera de ärftliga sjukdomar som ligger bakom många hjärtsjukdomar. När hjärtsjukdomen är identifierad kan åtskilliga insatser göras för att personen ska kunna leva ett nästan normalt liv. Ett exempel är implantable cardioverter defibrillator (ICD) som tillsammans med medicin kan förebygga ett hjärtstopp (Hjärt- och lungfonden, 2014).

Behandling i samband med hjärtstopp

Den behandling som är effektiv vid hjärtstopp är tidig hjärt- och lungräddning (HLR) samt tidig defibrillering. Med hjälp av HLR, kan organen förses med syresatt blod. Finns hjärtstartare på plats ska denna användas. I de fall defibrillering sker skickas en

elektrisk stöt genom hjärtat i syfte att bryta den onormala rytmen och försöka återfå normal rytm igen (HLR- rådet, 2014). Svenska hjärtstartarregistret (2014) presenterar ”kedjan som räddar liv”. Den består av: Tidigt larm,- tidig hjärt-lungräddning,- tidig defibrillering,- och avancerad vård utanför sjukhus samt avancerad vård efter återupplivning. Om denna kedja fungerar optimalt kommer överlevanden att öka. Trettiodagars överlevnad efter ett hjärtstopp har visat sig ha ett samband med hur tidigt ambulans anländer till olycksplatsen (Herlitz, Engdahl, Svensson, Ängqvist, Young & Holmberg 2005, s. 64).

I de flesta fall där personen överlevt ett hjärtstopp och där det finns risk för cerebral påverkan krävs intensivvårdsbehandling. Att vårdas på en intensivvårdsavdelning kan upplevas skrämmande. Patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning har oftast en begränsning i bland annat sin förmåga att kommunicera, då patienten ofta är intuberad eller trakeotomerad. Detta leder till att patienten har små möjligheter att bevaka sin integritet samt att patienten är i en utsatt position med liten grad av autonomi (Fröjd, Larsson & Wallin 2012, s 733).

Det som generellt görs efter ett hjärtstopp som Friberg, Forsberg, Rubertsson, Scherstén, Tornvall och Cronberg (2010, s. 511) lyfter är följande:

Diagnostisera och behandla bakomliggande orsaker till hjärtstoppet
Här görs olika undersökningar och behandlingar för att åtgärda eller finna det som orsakat hjärtstoppet.

Hypotermibehandling
Forskning visar att hypotermibehandling förbättrar den neurologiska funktionen och ger också en förbättrad överlevnad. Det senaste inom området visar att den optimala temperaturen skall vara 36 grader Celsius vid hypotermibehandling (Nielsen, Wetterslev, Cronberg et al. 2014, s. 2203). Detta innebär att kroppstemperaturen så snabbt som möjligt sänks antingen genom kyldräkt eller infusion av kalla vätskor (Engdahl & Hollenberg 2009, s. 299).

Prognostisering och uppföljning
När hjärtfunktionen är stabiliserad är hjärnskadans omfattning den viktigaste prognostiska skadan, dock får inte alla personer som drabbats hjärnskador som följd av ett hjärtstopp. Patienter som drabbas av hjärtstopp har goda förutsättningar att återfå god neurologisk status. Minnesstörningar är det restsyndrom som vanligen återfinns hos personer som överlevt hjärtstopp (Friberg et al. 2010, s. 511).

Människan i kris

Att överleva ett hjärtstopp skulle troligen kunna utgöra någon form av kris hos människan, där livet tar en oväntad vändning. Att som sjuksköterska veta vad kris innebär kan hjälpa patienten att hantera sin situation bättre (Cullberg 2006, s. 18). Det handlar om att ge dessa patienter verktyg för att kunna hantera situationen. Cullberg (2006, s. 19) förklarar att kris innebär ett hot mot den fysiska existensen, social identitet eller utgör hot mot de grundläggande möjligheterna att känna tillfredställelse i tillvaron. Forskning inom bröstcancer där människor också genomgår en kris visar ett behov av

att få ”prata av sig” och söka närståendes stöd för att få berätta vad som drabbat dem. Några patienter lyfte också vikten av att få vara ensamma och bearbeta krisen (Kovero 2007, s. 11). Det skulle kunna antas att de som vårdar patienter som överlevt ett hjärtstopp bör vara lyhörda för vad det är för slags kris dessa patienter genomgår för att kunna ge rätt stöd.

Begreppet patient

I detta arbete benämns de personer som drabbats av ett hjärtstopp för patienter. Eriksson (1994, s. 25) förklarar begreppet som den lidande, den som tidigt fördrar och uthärdar. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 105-107) förklarar att det är en person som befinner sig i kontakt med vårdsystemet, det vill säga både sluten och öppen vård. De belyser vikten av att patienten ska förstås som en individ och en person i ett sammanhang. Begreppet patient innefattar den person som av hälsoskäl söker vård. Det är också viktigt att betona att begreppet patient används framförallt i kommunikation vårdare emellan. I samtal med patienten används företrädesvis deras namn.

Vårdandets mål

Att identifiera och förebygga sjukdom genom att tidigt behandla patienter som tillhör riskgrupper anses vara en stor utmaning för sjukvården (Vasko 2013, s. 158). I framtiden kommer hjärtsjukvården att inrikta sitt arbete på förebyggande åtgärder. Målet är att förbättra folkhälsan och att få befolkningen att utöva mer fysisk aktivitet. Till detta läggs en bred riskfaktoranalys där prioritering av resurser läggs på de som har den bästa nyttan av behandlingen. Patienterna kommer att ha fortsatt höga förväntningar på ett gott omhändertagande inom hjärtsjukvård och förhoppningsvis kommer patienterna att engagera sig mer i det förebyggande arbetet för en god hälsa (Vasko 2013, ss. 158-159).

Patienter som överlevt ett hjärtstopp kommer hamna under någon form av vård eller behandling. Människor söker vård då hälsan störs av sjukdom eller annat lidande, de kan också söka vård då de känner att hälsan hotas eller för att få behålla en god hälsa. Genom detta måste sjuksköterskans övergripande mål vara patientens hälsa och vad det innebär att stödja och stärka dennes hälsoprocesser (Dahlberg & Segesten 2010, s. 47). Det kan tänkas att personer som överlevt ett hjärtstopp behöver professionellt stöd för att återfå hälsa. Forskning visar att patienten vill bli bemött som en levande och unik individ och uttrycker vikten av att ha någon att tala med när sjukdom drabbat dem. Om inte sjuksköterskan möter patienten skapas osäkerhet och otrygghet vilket leder till att patienten inte släpps in i sin egen hälsoprocess (Dahlberg 2002, s. 7). Erikson (1994, s. 96) belyser också att det grundläggande för allt vårdande är kärlek till medmänniskan, vilket innebär en vilja att göra gott. För att kunna stärka patienten krävs att denne är delaktig i sin vård.

Forskning visar att sjuksköterskan bör individanpassa patientens önskemål och grad av delaktighet i vården. De bör även ges möjlighet att påverka de beslut som ska tas i vårdsammanhanget (Abrahamsen, Draborg & Norgaard 2014, s. 104). För den hjärtsjuke skulle detta kunna innebära olika beslut om eventuella behandlingar. Detta i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, som beskriver att behandling så långt det är

möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten, även autonomi och integritet skall respekteras (SFS 1982:763). Att inte respektera patientens vilja och rätt till självbestämmande är inte bara ett brott mot hälso- och sjukvårdslagen utan även ett hot mot hela individen. Om patienten inte ses som en unik person med rätt till självbestämmande kan det bli ett lidande för denne (SFS 1982:763). Om vårdandets fokus inte läggs på patientens behov uppstår ett vårdlidande. Åtgärder för att tillgodose patienten, och patientens hälsa gör att vårdrelationen stärks (Dahlberg 2002, s. 6). För att förhindra att vårdlidande uppstår menar Erikson (1994, s. 98) att vikten ligger i vårdrelationen, där ansvar för den andre är en central del, men även sjuksköterskans förmåga till självreflektion. Att vårda patienter innebär att möta lidandet. Att lindra lidande ska utgöra kärnan i vårdandet (Eriksson 1992, s. 122).

Att överleva ett hjärtstopp kan antas påverka patienten och dess omgivning på olika vis utifrån deras livsvärld. Enligt livsvärldsteorin är vardagen något som människor tar förgivet och inte reflekterar över (Dahlberg 2003, s. 24). När en patient drabbas av ett hjärtstopp ställs allt på sin spets och patienten får ny erfarenhet som gör att deras upplevelse av sin livsvärld förändras. Det är i och genom livsvärlden som hälsa, sjukdom, välbefinnande och lidande utspelar sig. Det vårdande som inte förstår eller klarar av att möta livsvärlden är inget verkligt vårdande (Todres, Galvin & Dahlberg 2006, ss. 59-60). Att som sjuksköterska försöka ta reda på hur saker förhåller sig till den unika patienten involverar en vilja att veta hur denne upplever situationen. Detta holistiska förhållningssätt respekterar patientens meningsfulla berättelser. Förhållningsättet kan vara ett riktmärke för att förstå hälsa och sjukdom för den enskilde individen men betonar också vikten av att se människan i ett sammanhang tillsammans med andra i en meningsfull värld (Todres et al. 2006, ss. 59-60).

PROBLEMFORMULERING

Inom hälsosjukvården kan sjuksköterskan komma att möta patienter som överlevt ett hjärtstopp. För att kunna hjälpa dessa människor på bästa sätt krävs förståelse om hur de upplever sin livssituation. Vad skulle sjuksköterskan kunna ge för professionellt stöd för att dessa personer ska kunna uppnå en så bra livskvalité som möjligt? Att överleva ett hjärtstopp kan vara en mycket traumatisk händelse för både personen själv och anhöriga. En tid efter hjärtstoppet när allt återgått till det ”normala” uppstår ofta existentiella frågor som ”varför överlevde just jag?”, ”Varför hände detta mig?” (Hjärt- och lungfonden, 2014). En del personer reagerar med passivitet och isolering men också depression (Hjärt- och lungfonden, 2014). Vad skulle sjuksköterskan kunna göra för att stödja personerna och dess anhöriga? Kan det vara så att de som överlevt ett hjärtstopp upplever sin livssituation annorlunda efteråt? Genom att ta del av beskrivningar av dessa personers berättelser om sin livsvärld ges möjligheter att möta dem där de just befinner sig. Vårdandet blir på så sätt mer individanpassat.

SYFTE

Syftet var att undersöka hur personer som överlevt ett hjärtstopp upplever sin livssituation.

METOD

En litteraturöversikt handlar om att skapa en överblick över kunskapsläget inom ett begränsat omvårdnadsrelaterat område, men kan även användas för att undersöka vetenskaplig kunskap/forskningsresultat inom andra områden. Med hjälp av befintlig forskning fås en uppfattning om vad som har studerats tidigare utifrån olika aspekter. En litteraturöversikt kan användas för att skapa en översikt om forskningsläget men även ge kunskap om det valda problemet. Det är ett strukturerat arbetssätt för att skapa kunskap inom ett begränsat område. Här kan både kvantitativa och kvalitativa artiklar användas. Lämplig litteratur, det vill säga vetenskapliga artiklar, väljs ut och kvalitetsgranskas med ett kritiskt förhållningssätt (Friberg 2012, ss. 133-135).

Litteratursökning

Det första steget i en litteraturöversikt är att få ett helhetsgrepp av ämnesområdet. Arbetet kännetecknas av ett öppet och kreativt förhållningssätt. Det bygger på att inte låsa sig vid vissa aspekter utan visa på ett öppet sinne där alla aspekter synliggörs (Friberg 2012, s. 137). En första sökning gjordes för att få en överblick av forskningsområdet. Sökningen gjordes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO. För att få en mer riktad sökning som svarade på forsknings frågan användes så kallad boolesk söklogik. AND, OR och NOT är de allra vanligaste sökoperatorerna i booelsk söklogik och används för att kombinera olika söktermer (Östlundh 2012, s. 69).

Litteratursökningen gjordes med hjälp av MeSH termer och Cinahl headings. Detta för att få rätt sökord till respektive databas. I Cinahl användes sökorden ”cardiac arrest”, and ”survivors” and ”qualitative” and ”experience” and ”sudden cardiac death”. I Pubmed användes ”cardiac arrest” and ”lived experience”. Slutligen gjordes en sökning i PsycINFO där söktermerna var ”cardiac arrest” and ”quality of life”. För att ta del av fullständig sökhistorik se bilaga 1. Sökningen avgränsades genom att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade (peer-reviewed). Inklusionskriterierna var att deltagarna i artiklarna skulle vara över 18 år. Exklusionskriterierna var de artiklar som inte värderats etiskt samt artiklar publicerade på andra språk än svenska och engelska. Inga artiklar exkluderades gällande kön, årtal eller etnicitet, då författarna anser att dessa bidrar med relevant information.

Kvalitetsgranskning

Samtliga inkluderade artiklar som valts ut genomgick en kvalitetsgranskning. För att säkerställa granskningen använde författarna sig av Fribergs (2012, ss. 138-139) granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa artiklar-, (bilaga 2 och 3). Mallen innehåller 13 frågor för den kvantitativa delen, och 14 frågor för den kvalitativa delen med syfte att bedöma artiklarnas kvalité och användbarhet. För resultat av granskning av de kvalitativa studierna se bilaga 4 samt bilaga 5 för den kvantitativa granskningen.

Dataanalys

Vid en litteraturöversikt läggs vikten vid att jämföra likheter och skillnader i studiernas resultat. Hur resultaten presenteras skiljer sig åt beroende på om det är en kvalitativ eller

kvantitativ artikel. De kvalitativa studierna kan presenteras i kategorier eller teman (Friberg 2012, s. 141). Författarna läste alla artiklar förutsättningslöst första gången för att få en övergripande förståelse för materialet. Vidare gjordes fler mer noggranna läsningar för att få en verklig uppfattning om innehållet. Analysen som gjordes enligt Fribergs (2012, ss. 133-143) modell för litteraturöversikt fortsatte med att författarna läste med forskningsfrågan i fokus. Därefter gjordes en noggrann och systematisk genomgång av samtliga resultat. Författarna lyfte oberoende av varandra relevanta delar av respektive resultat. Vidare färgmarkerades olika textdelar som i slutet av analysen jämfördes med varandra. Meningsbärande enheter lyftes ur texten och namngavs för att underlätta analysen. Detta för att säkerställa att inget av materialet missuppfattats eller snedvridits. De inkluderade kvantitativa studierna presenteras i ett beskrivande format.

RESULTAT AV STUDIER GENOMFÖRDA MED KVALITATIVA METODOLOGIER

Resultatet av den kvalitativa analysen som innefattar fem artiklar gav tre huvudteman samt ett antal subteman (tabell 1). Resultatet presenteras under rubrikerna tema och subtema.

Tabell 1: Subteman och huvudteman efter analys av studier genomförda med kvalitativa metodologier.

Huvudtema	**Subtema**
Upplevelser av psykiska besvär	- Upplevelser av oro/ångest och rädsla -Att känna skuld och skam -Att uppleva kognitiva problem
Upplevelser av kroppsliga besvär	-Begränsningar i sin kroppsliga funktion
Existentiella upplevelser	-Att finna mening och sammanhang -Att få en andra chans

Upplevelser av psykiska besvär

Upplevelser av oro/ångest och rädsla

I en intervjustudie av Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad och Söderberg (2014, s. 468) där två kvinnor och nio män intervjuades en månad efter hjärtstoppet, uttryckte patienterna oro för att uppleva ett hjärtstopp igen. I Uren och Galdas (2014, s. 6) intervjustudie där sju män intervjuades 24 månader efter hjärtstoppet, uttrycktes den känslomässiga inverkan som hjärtstoppet haft på välbefinnandet. De ansåg att den främsta källan till oro var hur de skulle klara av att hantera sin vardag, men även hur de skulle klara av de ansvarsområden de tidigare haft. I en intervjustudie utförd 9-24 månader efter hjärtstoppet av Ketilsdottir, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir och Jonsdottir (2013, s. 432) där sju män deltog uttryckte patienterna oro. Inte bara för sig själva utan även för familjemedlemmarna och deras upplevelse av hjärtstoppet och hur de skulle må efter detta. I Palacios-Cena, Losa-Inglesias, Salvadores- Fuentes och

Fernandez-de-las-Penas (2011, s. 153) intervjustudie där fem män och fyra kvinnor deltog, kände patienterna en oro inför det fortsatta livet och de behövde ställa frågor som rörde de psykiska och fysiska aspekterna för att klara av de liv som väntade. Oro för vad som hade sagts och gjorts under hjärtstoppet uttrycktes av några patienter i Bremer, Dahlberg och Sandman (2009, s. 328) studie som byggde på intervjuer gjorda på åtta män och en kvinna utförda 6 månader till 15 år efter hjärtstoppet. Detta styrks även av Forslund et al. (2014, s. 466). Det fanns också osäkerhet inför framtiden, hur livet skulle bli efter hjärtstoppet (Bremer et al. 2009, s. 328). I studien av Forslund et al. (2014, s. 466) upplevde patienterna trygghet på sjukhuset när det gällde personalens kunskap och de kontroller som utfördes. Det var först efter utskrivningen som oron började på allvar.

Patienter uttryckte ångest över den fysiska funktionen samt hur kroppen skulle reagera efter hjärtstoppet (Bremer et al. 2009, s. 328). I studien av Palacios-Cena et al. (2011, s. 115) uppgav patienterna ångest inför framtiden och förståelsen av att detta kunde hända igen var överväldigande. Ångest kunde uppkomma utan att det handlade om just hjärtstoppet, det kunde hända när som helst (Ketilsdottir et al. 2013, s. 432). Några patienter upplevde att vårdpersonalen kunde framkalla ångest, då de undvek att ställa frågor om hjärtstoppet (Palacios- Cena et al. 2011, s. 152). Ångesten upplevdes värst den första tiden men avtog efter hand och patienterna kände en styrka i att livet återvände till det normala (Forslund et al. 2014, s. 467).

Tanken på att ett nytt hjärtstopp skulle kunna drabba dem väckte rädsla hos patienterna (Ketilsdottir et al. 2013, ss. 431- 432). I studien av Palacios-Cena et al. (2011, s. 151) beskrev patienterna att rädslan tog över hela deras liv och påverkade deras arbete men också relationen till sin partner. De uttryckte även rädsla för att inte ha förmågan att ta hand om sina barn. I studien av Forslund et al. (2014, ss. 467-468) gjorde patienterna saker tillsammans med sina respektive för att hantera rädslan över att drabbas av hjärtstopp igen.

Att känna skuld och skam

Patienterna upplevde en känsla av skuld över att ha drabbats av ett hjärtstopp samt att ha utsatt människor i sin närhet för detta (Bremer et al. 2009, s. 328). Att återgå till arbetsplatsen, i de fall där hjärtstoppet hade ägt rum där kunde upplevas som skuldfyllt. Hos de patienter som hade en bakomliggande orsak till hjärtstoppet kunde känslor av skuld framträda då det troligtvis var livsstilen som hade orsakat hjärtstoppet (Bremer et al. 2009, ss. 328-331). Även patienterna i Forslund et al. (2014, s. 467) studie bekräftar att de känner sig skyldiga för att ha orsakat en sådan dramatisk situation och vad de personerna omkring händelsen fått utstå på grund av dem.

Att uppleva kognitiva problem

Patienterna upplevde kognitiva problem, som minskad förmåga att läsa och svårigheter med att känna igen bekanta människor. Många av patienterna delgav att de hade minnesluckor av händelsen (Forslund et al. 2014, s. 466). Av tiden före hjärtstoppet, sjukhusvistelsen och de första dagarna efter utskrivningen mindes de bara fragment av händelsen. Kontrollförlusten som patienterna upplevde över att inte ha hela bilden av

händelsen var påtaglig (Bremer et al. 2009, ss. 328-331). Allt eftersom tiden gick förbättrades minnena och patienterna kunde återfå kontrollen på händelsen (Ketilsdottir et al. 2014 ss. 431-432).

Upplevelser av kroppsliga besvär

Begränsningar i sin kroppsliga funktion

Patienterna upplevde en generell fysisk trötthet och svaghet, detta sågs som en utmaning i förhållande till deras identitet (Uren & Galdas 2014, ss. 5-6). De saknade även styrka när de kom hem. De hade aldrig behövt vila på dagen innan men det var något de behövde nu. Att gå upp och ner för trapporna var ansträngande och det förvånade dem eftersom de aldrig upplevt detta tidigare. Även patienternas bröstsmärta påverkade deras sömn till det sämre (Forslund et al. 2014, ss. 467-468). De hade svårigheter att göra något snabbt. Anledningen var att minsta fysiska ansträngning gjorde dem andfådda. Orsaken till andfåddheten var okänd. I de flesta fall var det inte de begränsade fysiska funktionerna utan tröttheten som var problemet (Ketilsdottir et al. 2014, ss. 431-432). Återupplivningen ledde till frakturer vilket gjorde att patienterna upplevde svår smärta (Forslund et al. 2014, s. 467). Patienterna insåg att de för en tid inte kunde göra saker som de vanligtvis brukade göra som exempelvis lyfta tunga saker, sporta på samma nivå eller utöva kraftigt kroppsarbete (Uren & Galdas 2014, ss. 5-6). I Ketilsdottir et al. (2014, ss. 431-432) studie återvände alla patienterna till sina tidigare arbetsplatser. Endast en deltagare var oförmögen att återgå till sitt tidigare arbete på grund av begräsningar i sin funktion. Att återvända till jobbet var ett viktigt steg i att återta sitt liv (Ketilsdottir et al. 2014, ss. 431-432).

Existentiella upplevelser

Att finna mening och sammanhang

Att försöka finna en mening i det som hänt kring hjärtstoppet ansågs viktigt för många av patienterna. De ville veta varför det hade hänt dem och hur det hade blivit så. De försökte se sitt eget ansvar i denna tragiska händelse. Några frågor som dök upp var: vad har jag gjort? Skulle jag tagit bättre hand om mig själv? Vad är meningen med detta? (Palacios-Cena et al. 2011, s. 152). Patienterna tänkte tillbaka på sitt tidigare liv och reflekterade över vad som kunde orsakat deras hjärtstopp. Varför fick de av alla människor lida när andra som hade högre riskfaktorer inte blev sjuka? Patienterna ville veta vad de lidit av och ville veta vad de kunde göra för att undvika framtida ohälsa (Forslund et al. 2014, s. 467). Vikten av att vara aktiv och i stånd att uppfylla sin roll och att återförenas med det dagliga livet var uppenbart. Tankar om en framtida vardag tycktes skjuta undan osäkerheten och lyfta välbefinnandet. Att återgå till vardagliga aktiviteter gav tillvaron en stabilitet och tydlighet och bidrog till en känsla av sammanhang. Det verkade finnas ett behov av tydlighet beträffande orsaken till hjärtstoppet, minnesförlusten och hur nära döden patienterna faktiskt varit. Det blev viktigt att passa ihop alla bitar tillsammans för att skapa en bild av händelsen. Identitet, konsekvens och mening måste skapas för en förändrad livsvärld (Bremer et al. 2009, ss. 328-331).

Att få en andra chans

Hjärtstoppet fick deltagarna att bli medvetna om dödligheten och att livet är kort. Patienterna beskrev att återvändandet till livet fick dem att tänka på deras eventuella död och deras nära och kära som skulle bli lämnade. De uttryckte att de haft samtal med sin partner om det ekonomiska, och diskussioner om att sälja huset, att städa upp och slänga saker som lagrats i källaren. Att inte lämna något kvar efter sig som skapade problem för familjen ansågs viktigt (Forslund et al. 2014, ss. 466-467). Deltagarnas omdefiniering av deras inställning till livet var uppenbart. De bedrev en omfattande omvärdering av vanor och prioriteringar i sina försök att minska stressen och leva ett hälsosammare liv. De erkände att det var en blandning mellan ödet, tur och kompetensen hos de människor som de omgavs av att de överlevt. Patienterna upplevde och uttryckte tacksamhet och betonade vikten av att placera familjen först och att umgås med de personer som gav dem energi och inte tog kraft. Att ta hand om och vårda relationerna till dem som stod nära ansågs viktigt. De kunde också se saker som de tidigare tagit förgivet i ett annat ljus och uppskatta de mer (Ketilsdottir et al. 2014, s. 432). Kroppen och livet föreföll sårbart, osäkert och begränsat. Existensen utgjordes av en rädsla som varierade i tiden, men också en tacksamhet och glädje över ett fortsatt liv. Med ökad insikt kom glädjen. Erfarenheterna sattes i ett nytt ljus, kroppen och tidigare liv omvärderades (Bremer et al. 2009, ss. 328-331). Några deltagare fick ett nytt perspektiv på livet och summerade det som att de lärt sig leva igen. Andra kände att de ville hålla fast vid viktiga saker i livet, deras hem och arbete (Palacios-Cena et al. 2011, s. 152).

RESULTAT FRÅN STUDIER GENOMFÖRDA MED KVANTITATIVA METODOLOGIER

Det kvantitativa resultatet som innefattar fyra artiklar mynnade ut i två huvudteman (tabell nr 2). Resultatet redovisas i beskrivande form.

Tabell 2: Subteman och huvudteman efter analys av studier genomförda med kvantitativa metodologier.

Huvudtema	Subtema
Psykiska aspekter	-Ångest, nedstämdhet och depression -Livskvalité och hälsa
Fysiska aspekter	-Arbetstituation -Energinivåer och trötthet

Psykiska aspekter

Ångest, nedstämdhet och depression

I en studie av Deasy, Bray, Smith, Harriss, Bernard och Cameron (2013, ss. 532-537) var syftet att bedöma funktionellt utfall och livskvalité hos unga vuxna som överlever ett hjärtstopp utanför sjukhus. Inklusionskriterierna var överlevare mellan 18-39 år. Det var 101 patienter som inkluderades varav 56 deltog. Medianuppföljningstiden var fem

år. Mätinstrumenten som de använde sig av var Glassgow Outcome Scale-Extended (GOS-E) som är en global skala som går från död till god återhämtning. Viktiga parametrar i instumentet är egenvård, möjlighet till mobilitet i samhället, återgång till arbetet, relationer och fritidsaktiviteter. Ett annat mätinstrument var EQ5D som är ett självrapporterande frågeformulär som mäter livskvalité för hälsorelaterad forskning. Ett tredje mätinstrument var SF-12 som är en förkortad variant av SF-36 som mäter bland annat fysisk och social funktion, mental hälsa, känslomässig funktion, och generell hälsouppfattning. Resultatet i studien visar att 11 personer upplevde någon form av ångest. SF-12 fullgjordes av 46 patienter där resultatet visade att 41 % hade känt sig nedstämda någon gång under perioden.

I studien av Wachelder, Moulaert, Heugten, Verbunt, Bekkers och Wade (2009, ss. 517-522) var syftet att undersöka om hjärtstoppspatienter har en lägre funktionsnivå 1-6 år efter hjärtstoppet, jämfört med övriga i populationen. Inklusionskriterierna i studien var patienter över 18 år som överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhuset och förts till hjärtkliniken på universitetssjukhuset i Maastrich i Nederländerna. Utöver krävdes goda kunskaper i det Nederlänska språket för att kunna genomgöra enkäterna. Undersökningen pågick mellan 2001-2006 där 63 personer deltog, 54 män och 9 kvinnor. Medianuppföljningstiden från hjärtstoppet var 36 månader. Olika enkäter fylldes i av deltagarna och en av dessa var Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), vilket mäter tecken på ångest och depression. Högre poäng tyder på mer känslomässiga problem. Resultatet visade att upplevelsen av ångest fanns hos 13 % och depression hos 14 % av patienterna.

Livskvalité och hälsa

I en studie av Horsted, Rasmussen, Meyhoff och Nielsen (2007, ss. 214-218) var syftet att undersöka livskvalitén hos patienter som överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus. Inklusionskriterierna var att patienten skulle vara över 18 år och haft hjärtstoppet för minst sex månader sedan. Totalt inkluderades 63 personer i studien, varav 33 patienter deltog. Författarna använde sig av olika enkäter där patienterna kunde skatta sig. En av dessa var SF-36. Resultatet visade att livskvalitén inte var signifikant lägre från den nationella normen.

I studien av Deasy et al. (2014, s. 535) påvisades med hjälp av SF-12 att 78 % av 46 patienter beskrev sin hälsa som bra eller bättre än tidigare. I Wachelders et al. (2009, s. 520) studie med hjälp av mätinstrumentet SF-36 påvisar resultatet att 24 % skattade sig lägre med avseende på mental livskvalité än normen för populationen.

I en av studierna (Lundgren- Nilsson, Rosen, Hofgen & Sunnerhagen 2005, ss. 285-289) var syftet att undersöka patienters erfarenheter vilka överlevt ett hjärtstopp. Fokus på studien var att undersöka kognitiv funktion, activity of daily living (ADL-kapacitet) och livssituation. Författarna utförde en longitudinell studie över ett år med fyra tillfällen som patienten fick utvärdera sin situation. Patienterna som inkluderades skulle kunna kommunicera på svenska. Det var 51 personer som uppfyllde inklusionskriterierna, men endast 26 personer deltog i studien då 18 stycken dog och sju avstod. Deltagarna var mellan 18-75 år. Första kontakten skedde två veckor efter hjärtstoppet sedan efter 45 dagar, tre månader och slutligen ett år efter händelsen. Ett av

instrumenten som användes var MINI Mental State Examination (MMSE) för att registrera den kognitiva funktionen. Ett annat instrument som användes var Nothingham Health Profile (NHP) för att deltagarna skulle kunna skatta sig på hälsorelaterad livskvalité. Detta frågeformulär bestod av 45 frågor. Högre poäng tyder på mer problem. Ett tredje instrument som användes var Lis-at, för att ta reda på livstillfredställelsen. Där ingick 11 frågor där deltagaren kunde skatta sig från ett till sex. Ett representerade mycket otillfredsställande och sex representerar mycket tillfredställande. Resultatet i denna studie visar med hjälp av Lis-at att livstillfredställelsen var låg vid den första undersökningen när personen fortfarande var på sjukhus. Även om det blev en förbättring efter ett år var livstillfredställelsen mycket lägre än referenspopulationen i Sverige. I samma studie utvärderades även hälsorelaterad livskvalité där resultatet pekar på att den kognitiva funktionen mätt med MMSE visade en förbättring över det första året. Det var en signifikant förbättring mellan dag 14-45 ($p<0.01$). Den hälsorelaterade livskvaliten var reducerad vid den första mätningen men förbättrades under det första året speciellt relaterat till känslor, fysisk aktivitet och sömn. Undersökningen som gjordes ett år senare förhöll sig lika med referensvärden. Resultatet visade dock att deltagarna upplevde problem med lägre energinivå. Personer med låg poäng på MMSE hade låg poäng på NPH.

Fysiska aspekter

Arbetssituation

I studien av Wachelder et al. (2009, ss. 519-520) visar resultatet att majoriteten av patienterna förblev självständiga efter hjärtstoppet. Sjutton av 35 personer kunde återgå till sitt tidigare arbete dessutom kunde tio patienter återgå till ordinarie arbete men arbetade färre timmar. Även i studien av Deasy et al. (2014, s. 535) framkommer att majoriteten (84 %) av patienterna (n=56) levde självständigt vid uppföljningen. Instrumenten GOS-E & EQ5D visade att av de 56 patienter som deltog arbetade eller studerade 47 av dem (84 %). Trettiotvå personer (68 %) av dessa återgick till arbete och 22 personer (47 %) återgick till samma roll som innan hjärtstoppet.

Energinivåer och trötthet

I studien av Wachelder et al. (2009, s. 520) användes bland annat enkäten Fatigue Severity Scale (FSS). Skalan är sjugradig - där högre poäng står för ökad trötthet. Resultatet visade att över hälften av deltagarna (56 %) rapporterade ökad trötthet efter hjärtstoppet. I studien av Deasy et al. (2014, s. 535) använde sig forskarna av SF-12. Tjugoåtta procent av 46 efter ett bortfall på tio respondenter upplevde att de hade ”mycket energi” endast en liten stund av dagen eller inte alls.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa patienters upplevelse av att överleva ett hjärtstopp. I översikten ingick artiklar genomförda med både kvantitativa och kvalitativa-metoder. De kvalitativa studierna belyser patientens subjektiva känsla där de sätter egna ord på sina känslor och levda upplevelser medan de kvantitativa studierna

mäter deras erfarenheter i frekvenser av ohälsa. De kvalitativa artiklarna tillsammans med de kvantitativa artiklarna ger ändå en god bild över hur livet påverkas efter ett hjärtstopp. Då det fanns begränsad forskning inom området skulle en empirisk studie varit av värde.

Vid litteratursökningen användes databaserna Cinahl, PubMed och PshycINFO. En avgränsning i valet av databaser gjordes då vi inte ansåg oss kunna hantera de andra på rätt sätt samt att dessa databaser har ett brett utbud inom vårt område. De sökord som användes kombinerades på olika sätt för att utesluta skillnader i sökningarna. De sökord som använts har svarat på vårt syfte. Genom att använda MeSH termer och Cinahl-headings har korrekta sökord till rätt databas använts. Även om författarna använt de söktermer som ska användas i respektive databas kan säkert fler databaser och sökord användas för att få en bredare sökning. Med hjälp av inklusionskriterier exempelvis årtal, peer rewiewed och språk kan material som inte är av intresse sorteras bort (Östlundh 2012, s. 74). En svaghet i litteraturöversikten kan vara att bara artiklar på svenska och engelska har inkluderats då detta är de enda språk författarna kan hantera. Enligt Östlundh (2012, s. 74) är vetenskapliga artiklar en färskvara och att en avgränsning i tid bör göras. Artiklar som är äldre har inte exkluderats då dessa har tillfört relevant information till studien. Upplevelsen av att drabbas av ett hjärtstopp har troligtvis inte förändrats över tid. Artiklarna i denna litteraturöversikt är publicerade mellan 2005-2014. Något som artiklarna har gemensamt är att de flesta deltagare är män. Detta kan ses som en svaghet i studien då inte kvinnorna blir lika representerade.

Forskarna till de kvantitativa artiklarna har använt sig av olika självskattningsskalor för att kunna mäta livskvaliten hos patienterna som överlevt hjärtstoppet. Några har använt sig av SF-36 en annan artikel har använt sig av FIM TM men också EQ-5D har använts. I och med att olika instrument använts är det svårare att jämföra resultaten i de kvantitativa studierna. Elliot, Rodgers & Brett (2011, s 254) efterfrågar ett standardiserat mätinstrument att mäta livskvalité efter ett hjärtstopp, för att kunna jämföra resultat på ett likvärdigt sätt.

Granskningen av artiklarna gjordes med hjälp av Fribergs granskningsmall (Friberg 2012, ss. 138-139) som författarna arbetat med tidigare och känner sig trygga med. Det finns andra granskningsmallar exempelvis SIGN50 (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2014) som lämpar sig bättre när det gäller de kvantitativa studierna. När det gäller granskning av kvalitativa studier är CASP (Critical Appraisal Skills Programme) ett vanligt förekommande kvalitetsgranskningsinstrument (Walsh & Downe 2006, ss. 108-119). Artiklarna som inkluderades har genomgått en granskning, först enskilt sedan tillsammans för att gemensamt besluta studiernas kvalité och relevans. I granskningsmallen valdes att ta upp relevant fakta om varje artikel för att ge läsaren en överskådlig bild. Detta för att underlätta för läsaren att bedöma artiklarna. De artiklar som inkluderats i denna studie har tydligt redovisat sitt urval samt bortfall. Majoriteten av bortfallen har berott på dödsfall men också för att de exempelvis inte svarat på självskattningsskalorna.

Resultatdiskussion

I litteraturöversikten framkom olika teman i resultatet. Författarna har valt att lyfta centrala fynd i diskussionen.

Som tydligt framkommit i resultatet upplever patienter som överlever ett hjärtstopp någon form av ångest (Deasy et al. 2014, s. 535;Wachelder et al. 2009, s. 520). Ångest är en subjektiv upplevelse och är således unik för varje patient och kommer på något sätt förändra patientens livsvärld tillfälligt eller permanent. I Forslunds (2014, s. 41) avhandling beskriver patienterna att det var kroppsliga besvär i form av bröstsmärta som lett till ångest. I Palacios-Cena et al. (2011, s. 152) handlade ångesten om att vårdpersonalen ignorerade eller undvek att ställa frågor som rörde hjärtstoppet. Författarna till föreliggande examensarbete anser att sjuksköterskan därför bör vara lyhörd och följsam för de behov som ges uttryck för. Genom att ge individanpassad information kan patienten lättare hantera sin situation. Således undviks onödigt lidande. Erikson (2007, s.12) belyser att sjuksköterskan inte helt kan förstå en annan människa men för att kunna ta del av dennes livsvärld krävs en öppenhet och att uppmärksamheten till fullo riktas mot patienten. Oavsett orsaken till ångesten eller sjukdomen som skapat den, anser författarna att sjuksköterskan har ett ansvar i att hjälpa patienten i situationen.

Forskning visar att öppen kommunikation med professionellt stöd som grund lindrar ångesten hos patienten. Sjuksköterskans förhållningssätt bör inriktas på att observera patientens signaler, speciellt de som inte verbaliseras. Sjuksköterskans uppgift blir således att informera om patientens tillstånd men även att låta patienten få tid att ta till sig densamma. Vidare är det viktigt att låta patienten få återberätta det som sagts så sjuksköterskan kan försäkra sig om att patienten förstått given information och svara på eventuella frågor som uppkommit. Detta leder till att ångest lindras (Ater 2003, s. 86). Vi anser att information, professionellt stöd och vägledning är viktigt ur omvårdnadssynpunkt. Det är en utmaning för sjuksköterskor, att balansera patientens psykiska och fysiska behov på ett ändamålsenligt sätt.

Det är viktigt att betona att det inte enbart är patienter som överlevt ett hjärtstopp som upplever ångest i samband med sitt tillstånd. Emotionella reaktioner som ångest är vanligt i de fall där patienter har restsymtom efter stroke (Murray & Mårtensson 2004, s. 2108). Inte bara sämre fysisk funktionsgrad kan påverka livskvalitén negativt, utan även förekomst av depression och ångest. Försämrad livskvalité i sin tur kan leda till ökad sjuklighet samt försämrad förmåga att tillgodogöra sig rehabilitering (Murray & Mårtensson 2004, s.2108). Kan sjuksköterskan möta patienten i tidigt skede och försöka hjälpa denne att hantera sin ångest och bearbeta den finns stora vinster att göra. Vinster inte bara för patienten som slipper onödigt lidande, utan även för samhället i stort. Enligt Socialstyrelsen 2013 beräknas psykisk ohälsa kosta över 70 miljarder om året i utgifter för vård och omsorg men även för förlorade arbetsinsatser (Socialstyrelsen, 2013). Författarna i föreliggande studie anser att det är varje enskild sjuksköterskas uppgift att bidra till en god samhällsutveckling och hälsoekonomi för att försöka hålla dessa kostnader nere.

Vidare visar resultatet på att patienter upplever trötthet och minskade energinivåer i efterförloppet av sitt hjärtstopp. I studien av Uren och Galdas (2014, ss. 5-6) uttryckte

patienterna att de efter hjärtstoppet plötsligt behövde vila mitt på dagen vilket de inte gjort tidigare. Erikson (1987, s. 9) framhäver vikten av vila. I vilan frigörs krav som ställs från både oss själva och omgivningen men utgör även en förutsättning för reflektion. Detta kan appliceras på hjärtstoppspatienter där vilan är central. Patienten tillåts reflektera över händelsen men även hämta kraft och styrka att klara av sin förändrade situation. Forskning visar att trötthet påverkar den fysiska och mentala hälsan på ett negativt sätt (Stridman 2007, s. 27). I en studie av Broström, Strömberg Dahlström & Fridlund (2001, ss. 520-529) visar resultatet att störd sömn påverkar upplevelsen av trötthet. Det är därför av yttersta vikt att patienter oavsett sjukdom eller tillstånd ges möjlighet till sömn, vila och återhämtning. Patel, Chipman, Carlin & Shade, 2008, s. 311) belyser att sömnen oftast störs under sjukhusvistelse. En anledning till detta skulle kunna vara att våra vårdavdelningar är uppbyggda på ett sådant sätt att fler patienter vårdas på samma rum. Detta leder till att sjuksköterskan kanske behöver gå in på patientrummet flera gånger per natt, vilket riskerar att störa de patienter som vårdas på rummet. För att sjuksköterskan skall kunna främja en god sömn för patienten krävs ett metodiskt, effektivt och reflektivt arbetssätt för att undvika fler besök än nödvändigt.

Resultatet av analysen genomförda med kvalitativa metoder pekar på att personer som överlevt ett hjärtstopp upplever att de tappar sitt sammanhang och mening till livet initialt. Dahlberg och Segesten (2010, s. 77) belyser att en människa som inte upplever ett sammanhang och där livet känns utan mening, kan troligen inte heller uppleva hälsa. Mening och sammanhang är högst individuellt. I Bremers (2012, s. 74) avhandling framgår det att patienter som överlevt ett hjärtstopp söker ett sammanhang vilket innebär en strävan efter välbefinnande och ett gott liv. Vidare hävdar Bremer att patienten blir medveten om att livet är sårbart och att ingen är odödlig. Detta kan skapa en osäkerhet, där känslor av utsatthet och sårbarhet växer fram.

Antonovsky (2005, ss. 43-45) talar om begreppet känsla av sammanhang (KASAM) vilket innefattar tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Meningsfullheten anses vara den viktigaste komponenten. När något svårt inträffat försöker individen se en mening i det som hänt och komma igenom den svåra händelsen med värdigheten i behåll. Sjuksköterskan har en stor uppgift i att hjälpa patienten att finna en mening och återgå till sitt sammanhang, vilket måste ske på ett professionellt sätt. Detta i enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, där sjuksköterskan uppvisar professionella värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2014).

Det ligger även skuld och skam i patienternas upplevelser. Det handlar då om anklagelser mot sig själv i form av att de borde tagit bättre hand om sin hälsa för att förhindrat hjärtstoppet. Detta är inte på något sätt unikt för dessa patienter. Tidigare forskning inom bland annat kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) visar att även dessa patienter upplever skuld och skam för att de rökt och själva orsakat sin sjukdom (Halding, Heggdal & Wahl, 2011, ss. 100-107). Även i Rogge, Greenwald och Golden (2004, ss. 305) studie som berör fetma lyfts skuld och skam fram i förhållande till att patienterna själva känner sig skamfyllda över sin sjukdom. Erikson (1987, ss. 19-23) menar att ansningen är ett av det mest grundläggande elementet i vårdandet. Den syftar till att hjälpa patienten renas och näras på ett sådant sätt så att hälsoprocesserna stärks.

Att rena handlar bland annat om att hjälpa patienten att frigöras från skuld och skam. Vårdandet bör därför utformas på ett sätt som tillåter patienten att få komma till uttryck med sina känslor. Implikationer för vårdandet skulle kunna vara att ge tid för samtal om händelsen och att svara an på patientens frågor men även att inkludera patientens närstående för att se patienten i ett sammanhang. Det är också viktigt att ge en tydlig bild över händelseförloppet men också att ge skriftlig och muntlig information då närminnet kan vara nedsatt. Att som sjuksköterska bemöta dessa patienter utifrån hur de upplever sin livsvärld bör ses som centralt i vårdandet.

SLUTSATSER

I denna litteraturöversikt framkom det som centralt att patienter som överlevt ett hjärtstopp är i behov av stöd efter händelsen. Att de får hjälp att hitta en mening i det som hänt dem, samt klara av att hantera de känslor som uppkommit i deras förändrade situation. För att klara att bemöta dessa patienter på ett ändamålsenligt sätt krävs att sjuksköterskan känner till de frågor och funderingar som kan tänkas uppstå. Vårt resultat representeras främst utifrån ett manligt perspektiv, då det var främst män som deltog i studierna. Avsaknaden av kvinnliga representanter, vilket är ett känt problem inom kardiologi forskning, gör det svårt att generalisera resultatet till båda könen. Det behövs även mer forskning av kvalitativ ansats då majoriteten av forskningen är gjord på kvantitativt sätt. Det blir då lättare att förstå innebörden i den subjektiva upplevelsen av att överleva ett hjärtstopp.

REFERENSER

Abrahamsen, C., Dragborg, E. & Nordgaard, B. (2014). Patient participation – to what extent? A survey of patients' perspectives, *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(10), ss. 101-108.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium.* 2. utg. Stockholm: Natur och kultur.

Ater, J.(2003) How to ease a patients anxiety, *Nursing*, 33(6), s. 86.

Bremer, A. (2012). *Vid existensens gräns*. Diss. Linnaeus University Dissertations, Sweden.

Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L.(2009). To survive out-of-hospital cardiac arrest: a search for meaning and coherence, *Qualitative health research*, 19(3), ss. 323-338.

Broström, A., Strömberg, A., Dahlström, U. & Fridlund, B. (2001). Patients with congestive heart failure and their conceptions of their sleep situation, *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), ss. 520-529.

Cullberg, J. & Lundin, T. (2006). *Kris och utveckling*, Natur och kultur, Stockholm.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande- det onödiga lidandet, *Vård i Norden*, 22(1), ss. 4-8.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur.

Dahlberg, K. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

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

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

Engdahl, J & Hollenberg, J. Hjärstopp i: Suserud, B-O & Svensson, L. (red.) (2009). *Prehospital akutsjukvård*. 1. uppl. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2007). Becoming trough suffering- The Path to Heal, *International Journal for Human Caring, 11*(2), ss. 8-16.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*, 1. uppl. Liber utbildning, Stockholm.

Eriksson, K. (1993[1987]). *Vårdandets idé*. 1. uppl. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1992). The Alleviation of suffering- The Idea of Carring, *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 6(2), ss. 119-123.

Eriksson, K. (1991[1987]). *Pausen: en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. 1. uppl. Solna: Almqvist & Wiksell.

Forslund, A. (2014). *A Second Chance at Life.* Diss. Luleå University of Technology, Sweden.

Forslund, A., Zingmark, K., Jansson, J., Lundblad, D. & Söderberg, S.(2014). Meanings of people's lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest, 1 month after the event, *The Journal of cardiovascular Nursing,* 29(5), ss. 464-471.

Friberg, F. (2012). Att utforma ett examensarbete. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* 2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 81-94.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 133-143.

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

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

Halding, A., Heggda,K., Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), ss. 100-107.

Herlitz, J., Engdahl, J., Svensson, L., Ängquist, K., Young, M. & Holmberg, S. (2005). Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden, *American Heart Journal*, 149(1), ss. 61-66.

Hjärt-Lungfonden 2014. *Forskning om plötsligt hjärtstopp.* http://www.hjart-lungfonden.se/Forskning/Aktuell-forskning/Hjärtforskning/Forskning-om-plotsligt-hjartstopp/ [2014-11-07]

Horsted, T.I., Rasmussen, L.S., Meyhoff, C.S. & Nielsen, S.L. (2007). Long-term prognosis after out-of-hospital cardiac arrest, *Resuscitation*, 72(2), ss. 214-218.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (2014). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Ketilsdottir, A., Albertsdottir, H.R., Akadottir, S.H., Gunnarsdottir, T.J. & Jonsdottir, H. (2014). The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life, *European journal of cardiovascular Nursing*: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 13(5), ss. 429-435.

Kovero, C. (2007). Självet i förändring i relation till omskakande eller ödesdigra erfareneter, *Vård i Norden*, 83(27), ss. 9-14.

Lundgren-Nilsson, Å., Rosén, H., Hofgren, C. & Stibrant-Sunnerhagen, K (2005). The first year after successful cardiac resuscitation: Function, activity, participation and quality of life, *Resuscitation*, 66(3), ss. 285-289.

Murray, V. & Mårtensson, B. (2004). Emotionella reaktioner vanliga restsymtom efter stroke, *Läkartidningen*, 101(24), ss. 2108-2115.

Nielsen, N., Wetterslev, J. & Cronberg, T et al. (2014). Targeted Temperature Management at 33°C versus 36°C after Cardiac Arrest, *The new England journal of medicine*, 369(23), ss. 2197-2206.

Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M.E., Salvadores-Fuentes, P. & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Sudden cardiac death: the perspectives of Spanish survivors, *Nursing & health Sciences*, 13(2), ss. 149-155.

Patel, M., Chipman, J., Carlin, B.W. & Shade, D. (2008). Sleep in the intensive care unit setting, *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(4), ss. 309-318.

Persson, J. & Stagmo, M. (2008). *Perssons kardiologi: hjärtsjukdomar hos vuxna*. 6., uppdaterade uppl. Lund: Studentlitteratur.

Rogge, M., Greenwald, M., & Golden, A. (2004). Obesity, Stigma, and Civlized Oppression. *Advances in Nursing Science*, 27(4), ss. 301-315.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering – Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni.*

Stridman, C. (2013). *Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease- With Focus on Fatigue, Health, and Well-Being*. Diss. Luleå University of Technology, Sweden.

Strömsöe, A., Svensson, L., Axelsson, Å., Claesson, A,. Göransson, K., Nordberg, P., & Herlitz, J. (2014). Improved outcome in Sweden after out-of-hospital cardiac arrest and possible association with improvements in every link in the chain of survival, *European heart journal* (Epub ahead of print).

Sveriges hjärtstartarregister (2014). *Hjärtstopp.* http://www.hjartstrtarregistret.se/fakta/Hjartstopp [2014-11-07]

Todres, L., Galvin, K. & Dahlberg, K. (2006). Lifeworld-led healthcare: Revisiting a humanizing philosophy that intergrates emerging trends, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, ss. 53-63.

Uren, A. & Galdas, P. (2014). The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis, *Journal of Advanced Nursing*, (Epub ahead of print).

Vasko, P. (2013). Hjärt-kärlsjukdomar. I Grefberg, N (red.). *Medicinboken: orsak, symtom, diagnostik, behandling*. 5, [rev.] uppl. Stockholm: Liber, ss. 70-159.

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

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats*: *vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* 2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur, ss.57-79.

Sökhistorik Bilaga 1

Datum/ Databas	Sökord	Urval	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2014-10-13 Cinahl	Heart arrest AND quality of life		53st	10st	4st	(Bremer, Dahlberg et.al 2009) (Deasy, Bray et.al 2012)
2014-10-15 Cinahl	Sudden cardiac death AND survivors	Peer-reviewed	100st			
	Sudden cardiac death AND survivors AND qualitative	Peer-reviewed	5st	2st	2st	(Palacios-Cena, Losa-Iglesias et al. 2011) (Ketilsdottir, Albertsdottir et.al 2014)
2014-10-16 Pubmed	Cardiac arrest AND lived experience		4st	1st	1st	(Forslund, Zingmark et. al 2014)
2014-10-17 PshycINFO	Cardiac arrest AND Quality of life		9st	4st	3st	(Wachelder, Moulaert et. al 2009)
2014-10-18 Cinahl	Cardiac arrest AND quality of life		55st	2st	1st	(Moulaert, Wachelder et.al 2010)

Bilaga 2

Granskningsmall för kvalitativa studier:

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är denna dessa i så fall formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna beskriven i så fall?
4. Vad är syftet? är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
7. Hur har data analyserats?
8. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Vad visar resultatet?
10. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
11. Vilka argument förs fram?
12. Förs det några etiska resonemang?
13. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
14. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

(Friberg 2012, ss. 138-139).

Bilaga 3

Granskningsmall för kvantitativa studier:

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är denna dessa i så fall formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna beskriven i så fall?
4. Vad är syftet? är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
7. Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? i så fall hur?
9. Vad visar resultatet?
10. Vilka argument förs fram?
11. Förs det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad det gäller generaliserbarhet?
13. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

(Friberg 2012 s. 139).

Bilaga 4 Resultat av granskningsmall för inkluderade studier med kvalitativa metodologier

Författare Årtal, Land	**Titel**	**Syfte**	**Metod**	**Resultat**
Bremer et al. 2009 Sverige	To survive out-of-hospital cardiac arrest: A search for meaning and coherence.	Att beskriva patienters upplevelser av att överleva ett hjärtstopp utanför sjukhus med fokus på hur välbefinnandet är över tid.	Kvalitativ, explorativ beskrivande studie med fenomenologisk grund och livsvärldsperspektiv. 8 män och 1 kvinna i åldern 44-70 intervjuades. Datainsamling: Intervjuer genomfördes mellan 6 månader och femton år efter hjärtstoppet. Data analyserades i tre steg, som helhet, delar och slutligen ny helhet, övriga uppgifter saknas.	Resultatet visar ett behov och önskan om att vårdpersonal stöttar dem och hjälper dem att hitta en mening i det som hänt.
Forslund et al. 2014 Sverige	Meanings of people´s lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest. 1month after the event.	Att belysa betydelsen av människors erfarenheter av att överleva ett hjärtstopp utanför sjukhus, en månad efter hjärtstoppet.	Kvalitativ fenomenologisk, hermeneutisk. 2 kvinnor och 9 män intervjuades. Datainsamling: Patienterna intervjuades en månad efter hjärtstoppet. Data analyserades i tre olika steg som naiv tolkning, strukturerad analys och omfattande förståelse.	Resultatet presenterade två huvudteman som handlade om att återgå till livet och omvärdering av livet. Patienterna ville ha en förklaring till händelsen och om livet skulle bli detsamma igen

Författare Årtal, Land	**Titel**	**Syfte**	**Metod**	**Resultat**
Ketilsdottir et al. 2014 Island	The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life.	Huvudsakliga syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter av att överlevt ett hjärtstopp och återupplivning för att få kunskap om de behov som fanns hos dem.	Kvalitativ fenomenologisk studie. 7 män i åldern 50-54 intervjuades. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Uppföljningstiden var 9-24 månader efter hjärtstopp. Data analyserades genom att läsa samt läsa igen med öppenhet och noggrannhet. Varje intervju analyserades separat för att hitta det unika i upplevelsen, övriga uppgifter saknas.	Resultatet visade att det fanns känslor av osäkerhet och ett behov av stöd, känslomässiga utmaningar och en ny syn på livet.
Palacios-Cena et al. 2011 Spanien	Sudden cardiac death:The perspecitves of Spanish survivors.	Att undersöka spanska patienters upplevelse att överleva ett hjärtstopp med lyckad återupplivning I syfte att förbättra omhändertagande t för dessa.	Kvalitativ fenomenologisk studie. 5 män och 4 kvinnor i åldern 24-53 intervjuades. Datainsamling var ostrukturerade Intervjuer. Data analyserades med Giorgis metod.	Att överleva ett hjärtstopp skapade ångest relaterat till rädslan att få ett nytt hjärtstopp. Osäkerheten kring att drabbas igen upplevdes påverka deras vardag på ett negativt sätt. Det ansågs som en börda.

Författare. **årtal, land**	**Titel**	**Syfte**	**Metod**	**Resultat**
Uren et al. 2014 England	The experiences of male sudden cardiac arrest and their partners: A gender analysis	Att undersöka hur deltagarnas manliga identitet påverkade dem och deras partner efter att överlevt ett hjärtstopp.	Kvalitativ hermeneutisk studie. 7 män i åldern 29-81 intervjuades. Datainsamlingen var semistrukturerade intervjuer 24 månader efter hjärtstoppet. Data analyserades med hjälp av Braun och Clarkes tematiska analys.	Den maskulina identiteten påverkades under återhämtningsperioden och upplevdes som svår eftersom beroendet till andra var stort.

Bilaga 5 Resultat av granskningsmall för inkluderade studier med kvantitativa metodologier

Författare, årtal, land	**Titel**	**Syfte**	**Metod**	**Resultat**
Deasy et al. 2012 Australien	Functional outcomes and quality of life of young adults who survive out-of-hospital cardiac arrest.	Att beskriva funktion och livskvalité hos unga som överlevt ett hjärtstopp.	Datainsamling: Enkätstudie som gjorts via telefonintervjuer. 56 deltagare i åldern 18-39. Dataanalys: All data gick genom en accessdatabas (version 2003 microsoft)Statistiska beräkningar gjordes i STATA. Medianuppföljningstiden var fem år efter hjärtstopp. Instrument som använts GOS-E, EQ-5D och SF-12.	75 % av deltagarna rapporterade att de inte hade några problem med mobilitet eller personlig vård. 71 % hade heller ingen smärta eller obehag. En tredjedel rapporterade ha problem med vanliga aktiviteter. 48 % hade måttlig ångest och 13% svår ångest.
Horsted et al. 2006 Danmark	Long-term prognosis after out-of-hospital cardiac arrest	Att undersöka livskvalité hos personer som överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus. Detta undersöktes sex månader efter.	Datainsamling: Prospektiv studie. En intervju i patienternas hem gjordes följt av frågeformulär baserat på SF-36 och MMSE. Intervjuerna har ägt rum minst sex månader efter hjärtstoppet.	Sammantaget visade resultatet att det inte fanns någon signifikant skillnad i livskvalité, men i två av åtta underkategorier skattade de sig lägre
Lundgren-Nilsson et al. 2005 Sverige	The first year after sucessful cardiac resucitation: Function, actyvity, participation and quality of life	Att undersöka dagliga aktiviteter, kognitiv funktion och livssituation över tid, upp till ett år efter hjärtstopp.	Longitudinell studie. Enkätstudie som gjorts via stickprov av hjärtstoppspatienter Intervjuerna ägde rum två veckor efter hjärtstoppet där efter 45 dagar, tre månader samt ett år efter hjärtstoppet. Dataanalysen genomfördes med NIHSS MMSE och IAM, FIM TM 3.0.	Dödligheten var hög under de första 90 dagarna. Efter utskrivning sågs ingen större förbättring i kognitiv funktion. Hälsorelaterad livskvalité förbättrades mycket under första året.

Författare Årtal land	**Titel**	**Syfte**	**Metod**	**Resultat**
Wachelder et al. 2009 Nederländera	Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest.	Att undersöka funktionsnivån hos de patienter som överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus 1-6 år senare.	Datainsamling: Retrospektiv kohortstudie. 63 deltagare från ett nederländskt sjukhus. Dataanalysen genomfördes med SF-36, FSS, HADS	Över en treårs period efter händelsen rapporterade 74 % av patienterna ett lågt deltagande i sociala sammanhang, 50% rapporterade trötthet, 38% rapporterade ångest el depression och 24% minskad livskvalité.