



Mittuniversitetet
MID SWEDEN UNIVERSITY

Institutionen för hälsovetenskap

**Patientens upplevelse och hantering
-tiden i samband med ett nytt hjärta**

**Blomstedt, Kristina
Ekbon, Anna**

**Examensarbete (Omvårdnad, C) 15 hp
Mars 2009
Sundsvall**

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	3
Metod	3
Litteratursökning	3
Klassificering och värdering av studier	4
Bearbetning	5
Analys	6
Etiskt övervägande	6
Resultat	7
Att leva med en svår hjärtsjukdom	7
Att hantera sin livssituation	10
Att blicka framåt	12
Diskussion	14
Resultatdiskussion	14
Metoddiskussion	17
Konklusion	18
Referenslista	
Bilagor	
1. <i>Granskningsmall</i>	
2. <i>Tabell 1 - 14 över inkluderade artiklar</i>	
3. <i>Tabell över exkluderade artiklar</i>	

Bakgrund

Den första hjärttransplantation utfördes år 1967 i Sydafrika, av läkaren Christiaan Barnard. Långtidsprognosen för överlevnad var dålig fram till dess att forskningen om avstötning fick sitt genombrott. Ny kunskap om immunologi samt utveckling av immunosuppressiva läkemedel ökade chanserna för en god framtidsprognos (Bass, Bell, Dudics Stuebbe, Giesting & Wagoner, 2002). År 1984 utfördes den första hjärttransplantation i Sverige, dock med ett hjärta från ett annat land. Detta på grund av att begreppet hjärndöd som dödsriterie inte infördes förrän första januari 1988 (Bergh & Nilsson, 2002, s. 200). Under år 2008 genomgick 44 personer i Sverige en hjärttransplantation (Granqvist, 2009). Prognosen för överlevnad efter en hjärttransplantation har successivt förbättrats med åren. Internationella resultat visar en ettårsöverlevnad på mer än 80 procent, en femårsöverlevnad på cirka 70 procent och efter 10 år lever omkring 50 procent av hjärttransplanterade patienter (Karolinska Institutet, 2008).

Vid bedömning huruvida en patient är en lämplig kandidat för en hjärttransplantation görs en individualiserad hälsokontroll. Resultatet av undersökningen skall visa att patienten har ett gott hälsostatus förutom hjärtsjukdomen, att patienten är emotionellt stabil, samt visar på följsamhet gentemot läkemedelsbehandling. Patienten skall även ha ett bra stöd från närstående. Första prioritet för transplantation har de terminalt hjärtsjuka patienter som inte längre svarar optimalt på medicinsk behandling och som därför löper stor risk att avlida utan operation. Andra och tredje prioritetspatienter är de med återkommande instabil angina samt patienter med livshotande arytmier (McCalmont & Ohler, 2008). Patienter som lider av andra sjukdomar som markant begränsar överlevnaden eller vars tillstånd kan förvärras vid transplantation är kontraindicerande. Exempel på detta kan vara svår lungsjukdom, lever- eller njurinsufficiens, allvarlig kärlsjukdom, pågående infektion, svår psykisk sjukdom eller alkohol- och drogmissbruk. När patienten är inskriven på väntelistan är regelbundna läkar- och mottagningsbesök av stor betydelse. Detta för att tidigt upptäcka tecken på ökad hjärtsvikt, följa upp medicinering samt hålla patientens hälsokick under övervakning inför en eventuell transplantation. Om kontraindikationer tillstöter eller

om patientens tillstånd förbättras kan patienten temporärt eller permanent tas bort från väntelistan (Bergh & Nilsson, 2002, s. 206 - 207, 209 – 210).

Begreppet livskvalitet användes första gången för ca 50 år sedan i den socio-ekonomiska forskningen och identifierades som välmående och tillfredställelse av människors behov. Livskvalitet påverkas av en människas upplevelser, övertygelser och förväntningar och innefattar både de fysiska, psykiska och sociala domänerna av hälsa. Innebörden av begreppet livskvalitet kan skilja sig mellan individer, då förväntningar rörande hälsa och förmåga att hantera hinder och svagheter påverkar en persons uppfattning och tillfredställelse med livet (Burra et al., 2007). Patienter som behandlas på sjukhus kan uppleva en minskad livskvalitet, då de får leva sina liv genom bland annat telefon, e-post och helgpermissioner (Fitzsimmons, 2004).

En persons ständigt pågående kognitiva ansträngningar och beteendemönster för att hantera de inre och yttre krav som ställs beskrivs som copingstrategier (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Genom att använda copingstrategier kan en person anpassa sig till stressande situationer som till exempel en kronisk sjukdom (Lindqvist, Carlsson & Sjärdén, 2000). Copingstrategier kan delas in i två kategorier baserat på funktion. Den första kategorin är problemfokuserade coping och utgår från att direkt definiera problemet, utveckla alternativa lösningar, väga alternativen mot varandra och agera utifrån dem. I problemfokuserad coping inkluderas strategier som riktas mot krav från omgivningen men även de krav som kommer från personen själv. Den andra kategorin är emotionell coping. Denna fokuserar på känslor och består av kognitiva processer som riktas mot att reducera emotionella påfrestningar. Undvikelse, förminskning och optimistiskt tänkande är några av de strategier som ingår. Vissa kognitiva former av emotionell coping leder till förändring i bemötandet av en händelse utan att den faktiska situationen förändras. Hur människor hanterar svåra situationer beror mycket på vilka copingresurser de har tillgång till. Exempel på resurser som kan finnas till en persons förfogande är hälsa och energi, en positiv inställning, social stöd samt materiella resurser (Lazarus & Folkman, 1984, s.150-153, 158-159).

De psykosociala och kognitiva förändringar som kan inträffa i samband med en hjärtrtransplantation påverkas av patientens förmåga att hantera stress och dess förutsättningar för socialt stöd (Bass et al. 2002). En kvalitativ studie visar att patienter som väntar på en hjärtrtransplantation använder sig av unika och tydliga copingstrategier som bygger på hopp. Hopp som är stegvis växande, som skiftar och som leder till förändring (Fitzsimmons, 2004). Som Burra et al. (2007) skriver kan en hjärtrtransplantation ha en dramatisk inverkan på patientens livskvalitet och hälsa, då hjärtat kan ses som beviset på liv och centrum för våra känslor. Målet med denna litteraturstudie är att belysa hur en hjärtrtransplantation kan upplevas samt hur patienter hanterar situationen. Då mer kunskap utifrån ett patientperspektiv kan upplysa vårdpersonal om hur de bäst kan bemöta patienterna och hjälpa dem att blicka framåt.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa patienters upplevelse i samband med en hjärtrtransplantation och hur de hanterar sin situation.

Metod

Syftet med denna litteraturstudie var att ge en översikt över patienters upplevelse och hantering i samband med en hjärtrtransplantation. Detta har utförts genom att systematiskt söka, kritiskt granska och värdera genomförda empiriska studier och därefter sammanställa resultaten (jmf. Friberg, 2006, s. 115; Forsberg & Wengström, 2008, s. 34). Studien utformades utifrån Backman (2008).

Litteratursökning

Artiklarna som inkluderades var vetenskapliga, engelskspråkiga, med deltagare över 19 år och handlade om hjärtrtransplantation. Artiklarna var publicerade mellan år 1998 och år 2008 och var av hög eller medel kvalitet. Artiklar som inte svarade på studiens syfte, som inte var engelskspråkiga, som berörde barn, som var publicerade innan år 1998 eller som var av låg kvalitet exkluderades.

När problemområdet definierats formulerade författarna sökord som sedan legat till grund för litteratursökningen. Databassökningar gjordes i databaserna PubMed och Cinahl. Manuell sökning skedde genom granskning av tidigare studiers referenslista eller tidskrifters index över redovisade artiklar (jfr. Forsberg & Wengström, 2008, s. 80, 85). För att få en god översikt har sökresultatet sammanställts i tabell 1.

Sökord MeSH: Heart transplantation, Waiting lists, Quality of life.

Sökord Fritext: Experience, Coping.

Tabell 1. Översikt sökord, sökordskombinationer, databaser och antalet träffar, 2009-01-23 - 2009-02-04.

Sökord	Antal träffar PubMed	Antal träffar Cinahl
Heart transplantation	8839	785
Heart transplantation AND Experience	863	50
Heart transplantation AND Quality of life	343	48
Heart transplantation AND Experience AND Quality of life	60 (2)	4
Heart transplantation AND Waiting Lists	241 (2)	23 (2)
Heart transplantation AND Coping	77 (5)	15 (3)

Limits: All adult: 19+ years, Publication Date from 1998/01/01 to 2009/02/04. Fetmarkerade sökningar har granskats utifrån titel och abstrakt. Parentes redovisar artiklar som inkluderats i litteraturstudien.

Klassificering och värdering av studier

Klassificering har utförts enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering/ Svensk sjuksköterskeförening, SBU/SSF nr 3 (1999, s. 14-15) och indelats i följande grupper:

- Kontrollerad klinisk studie (CCT) är en studie där man jämför en experimentgrupp med en kontrollgrupp eller med en tidigare kontrollgrupp (historisk kontroll).
- Deskriptiv studie (DS) beskriver förekomst, samband eller händelseförlopp hos definierad grupp och saknar jämförelsegrupp.
- Kvalitativ studie (K). I denna typ av studie analyseras data, som samlats in genom intervjuer, berättelser eller observationer i syfte att fördjupa

förståelsen för studerade fenomen, till exempel personens upplevelser och erfarenheter.

Förutom klassificering har studiernas vetenskapliga kvalitet värderats enligt en tregradig skala; hög vetenskaplig (I), medel (II), eller låg vetenskaplig kvalitet (III), se tabell 2.

Tabell 2. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet av studier med kvantitativ och kvalitativ metod, enligt SBU/SSF nr 3 (1999, s. 39).

	I: Hög	II: Medel	III: Låg
CCT	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter och adekvata statistiska metoder.	-	Litet antal patienter, tveksamma statistiska metoder.
DS	Stort konsekutivt patientmaterial som är väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder (t ex multi-variantanalys, fall-kontrollmetodik, etc.). Lång uppföljning.	-	Begränsat patientmaterial otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.
K	Väldefinierad frågeställning. Relevant och tydligt beskrivet urval. Tydligt beskriven datainsamling och analysmetod. Logiskt och begripligt beskrivna tolkningar och slutsatser. God kommunikerbarhet och replikerbarhet.	-	Vagt definierad frågeställning. Otydlig beskrivet urval. Otillräckligt beskriven datainsamling och analysmetod. Vagt beskrivna tolkningar och slutsatser. Oklar kommunikerbarhet och replikerbarhet.

Bearbetning

Bearbetning har skett utifrån SBU/SSF nr 3 (1999, s. 15 - 16) tre faser.

Fas 1 – titlar och abstrakt lästes

En första bedömning av 420 artiklar gjordes av två oberoende bedömare som granskade publikationerna utifrån titlar och abstrakt om det överensstämde med syftet. Utifrån författarnas exklusionskriterier eller att de var dubletter sorterades 393 artiklar bort. Vidare till fas 2 gick 27 artiklar samt tre manuellt sökta som svarade på litteraturstudiens syfte.

Fas 2 – fördjupad granskning

De vetenskapliga artiklarna klassificerades enligt SBU/SSF nr 3 (1999, s. 14 - 15). Av de 30 artiklar som erhöles från fas 1 beställdes två stycken och 28 stycken fanns i fulltext. En fördjupad granskning av artiklarna gjordes utifrån granskningsmallen i bilaga 1. Under granskningen föll nio artiklar bort på grund av att de inte svarade mot syftet och inklusionskriterier. Till fas 3 gick 21 artiklar vidare för kvalitetsbedömning.

Fas 3 – kvalitetsbedömning

Slutligen kvalitetsbedömdes 21 artiklar utifrån kvalitetskriterierna, se tabell 2. Detta har dokumenterats i tabeller över inkluderade artiklar i bilaga 2, tabell 1 - 14. På grund av låg kvalitet (III) eller efter att vid närmare granskning inte svarar mot syftet exkluderades fem artiklar som redovisas i bilaga 3. Slutligen har 16 artiklar legat till grund för resultatet.

Analys

Till denna litteraturstudie har innehållsanalys använts för att tolka och strukturera data från de 16 vetenskapliga artiklarna. Författarna har upprepade gånger läst artiklarna för att stegvis och systematisk kunna klassificera data. Därefter sorterades artiklarna utifrån identifierades mönster och likheter (jfr. Forsberg & Wengström, 2008, s. 151; Polit & Beck 2008, s. 517-518). Utifrån detta skapades tre framträdande kategorier: Att leva med en svår hjärtsjukdom, Att hantera sin livssituation och Att blicka framåt.

Etisk övervägande

Vid en litteraturstudie behövs inget godkännande av en etisk kommitté då undersökningsfältet består av tidigare dokumenterad kunskap och frågor ställs inte direkt till personer utan till litteraturen. Det är viktigt att välja studier som har fått tillstånd av en etisk kommitté och där alla resultat redovisas, oavsett om det stödjer forskarens hypotes eller inte. Målet under granskningen har varit att sträva mot att inkluderade artiklar skall ha ett etiskt resonemang. (jfr. Forsberg & Wengström, 2008, s. 77 - 78).

Resultat

Efter bearbetningen i fas 3 återstod 16 vetenskapliga artiklarna som utgör resultatet i denna litteraturstudie. Av dessa bedömdes elva stycken vara kvantitativa, fyra kvalitativa samt en vara av både kvantitativ och kvalitativ design. Artiklarna kvalitetsbedömdes enligt tabell 2, enbart de av hög (I) eller medel (II) kvalitet inkluderades i studien. Totalt bedömdes 13 av artiklarna vara av hög (I) kvalitet och tre vara av medel (II) kvalitet. Klassificering, kvalitetsbedömning och närmare beskrivning av artiklarna redovisas i bilaga 2, tabell 1-14. Studierna har utförts i följande länder: USA (13), Brasilien (1), England (1) och Skottland (1). Parentes beskriver antal artiklar från respektive land.

Tabell 3. Subkategorier och kategorier

Subkategori	Kategori
Känsla av maktlöshet Begränsningar i det dagliga livet Behovet av stöd från omgivningen	Att leva med en svår hjärtsjukdom
I väntan på ett nytt hjärta Förnekelse Optimism Ett nytt hjärta	Att hantera sin livssituation
Att vara tillfredställd med livet Vägen till förändring	Att blicka framåt

Att leva med en svår hjärtsjukdom

Denna kategori redogör för patientens känsla av maktlöshet, begränsningar i det dagliga livet samt behov av stöd från omgivningen i samband med en hjärttransplantation. Av de tolv artiklar som presenteras var nio utförda i USA, övriga i England, Skottland respektive Brasilien.

Känsla av maktlöshet

I en brasiliansk kvalitativ studie av Araújo Sadala och Gruppo Stolf (2007) belystes upplevelsen av en hjärttransplantation utifrån ett patientperspektiv. Deltagarna beskrev insikten om att vara i slutstadiet av sin hjärtsvikt som en milstolpe, de kände att deras liv var uppskjutet. Väntan upplevdes som en tid full av osäkerhet och ångest relaterat till den operation som avgör om de skulle få fortsätta leva. En kvantitativ studie utförd i Skottland av Kaba, Thompson,

Burnard, Edwards och Theodosopoulou (2005), hade syftet att undersöka psykologiska problem som upplevs av hjärtrplanterade patienter. I studien beskrev patienterna att de upplevde skuld och ångest över att någon måste dö för att de själva skulle få leva. Samtidigt kände deltagarna tacksamhet gentemot donatorn och dennes familj.

I en amerikansk, kvalitativ undersökning av Henley Haugh och Salyer (2007) studerades vilka behov som patienter har under väntan på en hjärtrtransplantation. Resultatet visar att väntetiden kantades av osäkerhet och oförutsägbarhet. Deltagarna beskrev att de fick leva med detta då ingen kunde säga när eller om de skulle få ett nytt hjärta. I en amerikansk, kvalitativ och kvantitativ studie av Evangelista, Doering och Dracup (2003 a) undersöktes hur kvinnor upplevde att vara i slutskedet av en hjärtsjukdom samt en hjärtrtransplantation. Innan hjärtrtransplantationen uttryckte deltagarna oro över risken att dö i sömnen, att det inte skulle finnas tillräckligt med hjärtan, att komplikationer skulle tillstöta samt att medicinerna skulle ge svåra biverkningar. Majoriteten av deltagarna uttryckte även en oro över hur deras vänner och familj skulle hantera deras död. Under sjukdomen och den postoperativa tiden upplevde alla medverkande en bristande kontroll över sitt liv och sin hälsa på grund av rädsla för avstötning. Enligt en ovan presenterad studie av Araújo Sadala och Gruppo Stolf (2007) kände patienterna en otrygghet. De var oroliga för att någonting plötsligt skulle hända som kunde ta dem tillbaka till gränsen mellan liv och död.

Begränsningar i det dagliga livet

I studien av Araújo Sadala och Gruppo Stolf (2007) beskrev deltagarna att de tvingades ändra sitt sätt att leva. De mest väsentliga funktionerna som att äta, dricka och röra sig upplevdes som outhärdliga på grund av hjärtsjukdomen och hindrade dem att fortsätta sitt vardagliga liv. Cupples, Nolan, Augustine och Kynoch (1998) undersökte i en kvantitativ studie vilka stressfaktorer amerikanska kandidater till hjärtrtransplantation upplevde och hur effektiva de ansåg att copingstrategierna var. De mest förekommande stressfaktorerna var att leva med en dödlig sjukdom, oro över familjen samt att vistas på sjukhus under en längre tid. Enligt en tidigare redovisad studie av Henley Haugh och Salyer (2007) beskrev deltagare som genomgått en hjärtrtransplantation vikten av att känna sig ”normal”.

Patienterna ansåg att det var viktigt att vårdpersonalen respekterade familjens roll i patientens liv och deras försök att, trots sjukhusvistelse, bibehålla det vardagliga livet.

I en amerikansk kvantitativ studie av Evangelista, Doering, Dracup, Vassilakis och Kobashigawa (2003 b) med enbart kvinnliga deltagare, var syftet att få bättre förståelse för känslan av hopp och livskvalitet efter en hjärttransplantation. Resultat visar att om patienter upplevde låga nivåer av hopp ökade risken för oro och nedstämdhet. Enligt studien upplevde kvinnliga patienter endast en måttlig grad av hopp och höga nivåer av ångest och nedstämdhet efter en hjärttransplantation. Grady, Jalowiec och White-Williams (1999) och Salyer, Flattery, Joyner och Elswick (2003) studerade i kvantitativa undersökningar förutsättningar för livskvalitet och faktorer som påverkade livskvalitet ett år efter hjärttransplantation bland amerikanska patienter. Resultatet i båda studierna visade att patienterna var osäkra på om de hade kapacitet att hantera sin hälsa, då de upplevde hinder som fysisk oförmåga, trötthet, dålig ekonomi samt svårigheter att be om hjälp.

Behovet av stöd från omgivningen

En kvantitativ, amerikansk studie av Bohachick, Taylor, Sereika, Reeder och Anton (2002) undersöktes socialt stöd, självkontroll och psykosocial återhämtning sex månader efter en hjärttransplantation. Resultatet visade att patienter som bemöttes med hjälpsamhet och tillgivenhet samt fått stöd direkt efter transplantationen upplevde bättre förmåga till egenvård och fysisk aktivitet. Studien visar även att patienter som fått ett gott socialt stöd upplevde bättre självförtroende, mer tillfredsställelse och välbefinnande. En amerikansk, kvantitativ studie av Myaskovsky et al. (2006), med syftet att undersöka i vilken riktning livskvaliteten hos transplanterade patienter tar efter ett år, visade på att socialt stöd förbättrar den mentala hälsan hos patienterna.

Stödet från närstående kan enligt Araújo Sadala och Gruppo Stolf (2007) bestå av närvaro, uppmuntran, hjälp att förstå samt motivera patienten att kämpa. I studien beskrev deltagarna hur de möttes som främlingar i samma situation men därefter funnits som stöd för varandra. Patienter som fått ett nytt hjärta kunde stödja de

som väntade på en transplantation och inge hopp inför operationen. Enligt en kvalitativ, engelsk studie av Kaba, Thompson & Burnard (2000), med syftet att undersöka copingstrategier hos hjärttransplanterade patienter, beskrev majoriteten av deltagarna att deras vänner och familj var ett stort stöd och hjälpte dem att hantera situationen. I en kvantitativ, amerikansk studie av Jalowiec, Grady och White-Williams (2007) var syftet att identifiera förväntningar på copingens effektivitet under väntan på en transplantation. Resultatet visade att tillgång till gott stöd, information och hjälp från vårdpersonal samt optimism var förutsättningar för att bättre kunna hantera sin sjukdom.

Att hantera sin livssituation

Denna kategori redovisar patienters sätt att hantera sitt dagliga liv, både i väntan på och tiden efter ett nytt hjärta. Kategorin innehåller tio artiklar varav sju stycken är från USA samt en artikel från England, Skottland respektive Brasilien.

I väntan på ett nytt hjärta

Enligt Evangelista et al. (2003 b) var det vanligt förekommande bland kvinnorna att under vänteperioden sätta upp mål som de ville uppnå. Målen gav deltagarna en vilja att kämpa vidare och att leva. Majoriteten av deltagarna fokuserade på speciella händelser som exempelvis ett barnbarns födelse. En amerikansk kvantitativ studie utförd av Burker, Evon, Losielle, Finkel och Mill (2005) redovisar copingstrategier hos patienter som väntar på transplantation. De tre av fem mest frekventa copingstrategierna var accepterande, optimism samt att finna ett socialt stöd. En ovan presenterad studie av Jalowiec, Grady och White-Williams (2007) visade att de tre mest effektiva copingstrategierna var konfrontation, optimism och socialt stöd. Förutsättningarna för ett gott resultat av coping var mindre användning av emotionella och undvikande strategier, som förnekelse.

Förnekelse

Kaba et al. (2005) beskriver i en tidigare redovisad studie att patienter med sämre copingförmåga har svårare att hantera en emotionellt betungande situation utan att använda förnekelse som främsta försvarsmekanism. Att förneka sitt nya hjärta

eller donatorn var den mest förekommande reaktionen. Detta hjälpte patienterna att hantera oron över det nya hjärtats eventuella påverkan på deras personlighet. Förnekelsen hade även en skyddande funktion hos de transplanterade patienterna så länge det fanns ett upplevt hot mot individen. Kaba et al. (2000) beskriver hur insikten om allvaret av hjärtsjukdomen hanterades med förnekelse och förminskning av situationen för att klara av det dagliga livet.

Optimism

En tidigare presenterad studie av Cupples et al. (1998) samt en studie av Evangelista et al. (2003 a) visade att de optimistiska copingstrategierna var de mest använda och mest effektiva hos personer som väntar på ett nytt hjärta. Genom att tänka positivt, bibehålla sitt sinne för humor och bevara ett normalt liv klarade patienterna den svåraste tiden. Optimism gav dem hopp om att situationen skulle stabiliseras och hjälpte dem att ta en dag i taget.

Ett nytt hjärta

Att leva med en annan människas hjärta beskrevs som främmande och att acceptera detta tog tid. Tid som, enligt deltagarna, bestod av känslor av ambivalens med glädje att leva, osäkerhet att hjärtat plötsligt ska sluta fungera och skuld gentemot den som avlidit. För patienterna bestod återhämtningen efter transplantationen av att återigen kunna andas, gå och prata normalt (Araújo Sadala, & Gruppo Stolf, 2007). När komplikationer som krävde anpassning tillstötte under återhämtningen var deltagarna villiga att hantera situationen genom att acceptera de begränsningar som medföljde detta enligt både Evangelista et al. (2003 a) och Kaba et al. (2000). Salyer et al. (2003), vars studie tidigare presenterats, visar att färre hinder för ett hälsofrämjande beteende, högre kunskap om sin hälsa och en hälsoförebyggande livsstil ökar förutsättningar för en bättre livskvalitet.

I en ovan presenterad studie av Grady et al. (1999) redovisas de områden som gav deltagarna tillfredställelse med sin livskvalitet. Dessa var sjukvården och det känslomässiga stödet från andra. Studien visade att faktorer som mindre stress, mer hjälp och information, bättre hälsoinsikt, mer effektiv coping, bättre funktionell förmåga samt minskad oro över symptom och komplikationer gav bättre förutsättningar för en ökad livskvalitet ett år efter transplantation. I en

kvantitativ studie utförd i USA av Grady et al. (2007) var syftet att undersöka mönster och prognoser för livskvalitet fem till tio år efter en hjärttransplantation. Studien redovisade att färre negativa känslor som hopplöshet, nedstämdhet och skuld gav en bättre prognos. Resultatet visade att högre tillfredsställelse med det emotionella stödet, mindre sömnsvårigheter, få postoperativa komplikationer samt användning av positiva copingstrategier var förutsättningar för en bättre livskvalitet.

Kaba et al. (2005) beskrev att patienternas sätt att se på sin hjärttransplantation påverkar anpassningen till livet med ett nytt hjärta. Enligt Kaba et al. (2000) förändrades patienternas värderingar och prioriteringar när deras tillvaro ändrades. Eftersom de hade varit nära att mista livet insåg de att vissa saker är viktigare än andra, att inte ta någonting för givet och att inte oroa sig för exempelvis ekonomi. De ansåg att det var viktigt att göra någonting av sitt liv när de fått det tillbaka. Genom att överge gamla mål och sätta upp nya kunde deltagarna hantera hjärttransplantationen och skapa ett nytt liv.

Att blicka framåt

I denna kategori redovisas patienters tillfredsställelse med sin livskvalitet samt vägen till ett nytt liv. Av de tio artiklar som utgör innehållet har åtta stycken genomförts i USA, en i England och en i Brasilien.

Att vara tillfredställd med livet

Enligt en kvantitativ, amerikansk av Evangelista, Dracup, Doering & Kobashigawa (2004), med syftet att jämföra livskvalitet och psykiskt välmående hos kvinnor som har genomgått och kvinnor som skall genomgå en hjärttransplantation. Studien visade att de som genomgått en hjärttransplantation upplevde sin fysiska och psykiska livskvalitet som bättre än de som väntade på transplantation. I en tidigare redovisad studie av Myaskovsky et al. (2006) var en bättre hälsostatus tidigt efter transplantationen genomgående den starkaste förutsättningen för bättre livskvalitet. I en kvantitativ studie av Evangelisa et al. (2005) som utförts i USA, gjordes en jämförelse i livskvalitet mellan tre grupper vid två tillfällen och med två års mellanrum. Den första gruppen bestod av

patienter som genomgått en hjärttransplantation, den andra bestod av patienter som väntande och den tredje gruppen var genom läkemedelsbehandling stabila i sin hjärtsjukdom. Studien visar att de transplanterade patienterna upplevde bättre livskvalitet och mådde psykiskt bättre än de som väntade efter två år.

Patienterna var tillfredställda med tiden efter transplantationen, hade ett gott hälsotillstånd, överlag god livskvalitet samt kunde hantera sin vardag trots en rapporterad medelnivå av stress (Grady et al., 1999). Salyer et al. (2003) visade att en längre tid efter transplantationen var deltagarna tillfredställda med sitt familjemässiga och psykosociala liv. I en ovan presenterad studie av Bohachick et al. (2002) beskrivs en signifikant ökning av tillfredställelse med livet och känsla av välmående samt minskad ångest från tiden direkt efter transplantation till sex månader senare. En redan presenterad studie av Grady et al. (2007) redovisar att patienter upplever en god livskvalitet samt stor tillfredställelse med sin hälsa fem till tio år efter transplantationen.

Vägen till förändring

I en studie av Evangelista et al. (2003 a) uttryckte många av deltagarna en känsla av självuppfyllelse efter transplantationen. Känslan beskrevs med ord som fullbordande, bragd, framgång och förverkligande av mål. Deltagarna visade en vilja och en önskan att ge tillbaka och göra skillnad genom att hjälpa personer som även de genomgått en hjärttransplantation. Enligt Araújo Sadala och Gruppo Stolf (2007) upplevde patienterna att hjärttransplantationen gett dem en framtid. De beskrev händelsen som att födas på nytt, att få ny energi och att känna sig ung. Det nya hjärtat hade gett tillbaka deras självständighet och med det nya möjligheter. Enligt Kaba et al. (2000) uttryckte patienterna en tro på att det kommer bli bra och att livet ligger framför dem.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa patientens upplevelser i samband med en hjärtrplantation och hur de hanterar situationen. Huvudresultatet i studien visar att personer som lever med en svår hjärtsjukdom kan uppleva känslor av maktlöshet och begränsningar i det dagliga livet, vilket medför att behovet av stöd är stort och en viktig del i patienternas liv. Patienterna hanterar sin livssituation genom olika copingstrategier för att kunna leva ett normalt liv och se en framtid. Detta redovisades i tre huvudkategorier.

I resultatets första kategorin, *att leva med en svår hjärtsjukdom*, beskrivs en känsla av maktlöshet. Denna maktlöshet tolkas som att beskedet om en allvarlig hjärtsjukdom och att en hjärtrplantation är nödvändig kan leda till att patienten inte längre upplever kontroll över sitt liv. Enligt Paris och White-Williams (2005) är osäkerheten om huruvida en donator kommer att bli tillgänglig och överlevnad de största funderingarna. Maktlösheten kan, enligt författarna, innebära att patienten tvingas lägga sitt liv i vårdens händer och att inte veta när eller om transplantationen kommer att ske. I resultatet framkom att maktlösheten och stressen av att leva med en svår hjärtsjukdom medför begränsningar i patientens dagliga liv. Enligt Jaloweic och Grady (1994) är insikten av att en hjärtrplantation är livsnödvändig och känslan av bristande kontroll de svåraste stressfaktorerna. Utifrån en tolkning av resultatet uppfattas att många av de negativa känslorna som nedstämdhet, skuld, rädsla beror på oförmåga att återfå sitt liv som det var innan hjärtsjukdomen. Detta stödjäs i en studie av Zambroski (2003) som redovisar att det förekommer känslor av förlust och sorg, då patienter tvingas ändra sitt sociala och arbetsföra liv.

Resultatet visar ett samband mellan en hjärtrplantation och känslor av otrygghet och osäkerhet om sin egen kapacitet. Därför anser författarna att behovet av stöd från omgivningen är stort och viktigt att belysa i samband med en svår hjärtsjukdom. Uppfattningen är att vid en svår hjärtsjukdom behövs stöttande personer kring patienten för att denne skall känna sig trygg och orka kämpa. En

studie av Spaderna, Smits, Rahmel och Weidner (2007) och en av Paris och White-Williams (2005) visade att socialt stöd från närstående var förenat med en längre överlevnad hos hjärtrplanterade patienter. Enligt Jalowiec, Grady och White-Williams (2006) är ett känslomässigt stöd och engagemang från omgivningen förknippat med ökad tillfredsställelse med livet efter transplantationen. Vidare anses att vården har ett stort ansvar i att stötta dessa patienter genom hela vårdtiden.

I kategorin *att hantera sin livssituation* visar resultatet att optimism och förnekelse var två vanliga copingstrategier i samband med en hjärtrtransplantation. Enligt författarna kan detta bero på att dessa strategier är lättillgängliga och är en reaktion på de yttre och inre krav som ställs på patienten. Krav som enligt Lazarus och Folkman (1984, s. 141) definierar behovet av coping. Som beskrivs i resultatet är optimism den främsta och mest effektiva copingstrategin. Dock påstår Telford, Kralik och Koch (2006) att en orealistiskt positiv inställning och tankar om framtiden är karaktärsdrag för förnekelse. Vid tolkning av dessa två resultat kan en optimistiska strategi antingen ha en positiv inverkan på patienternas hantering eller en negativ sådan. Vårdpersonal bör vara uppmärksamma på tecken på överdriven positiv inställning. Detta för att tidigt kunna upptäcka signaler på att det inte är optimism med positiv inverkan som används utan att det kan vara förnekelse av sjukdom.

Trots att förnekelse är en mindre subkategori anses det vara en viktig del att diskutera eftersom resultatet visar att det är en vanlig reaktion på en hjärtrtransplantation. Enligt Lazarus och Folkman (1984, s. 135) kan patienter genom förnekelse av tillståndet stänga ute det som upplevs som hotande. Författarna anser att förnekelse kan vara ett sätt för patienterna att hantera tanken på vad ett nytt hjärta skulle innebära och som kan leda till att de inte använder lämpliga copingstrategier, som kan stötta dem att söka medicinsk hjälp eller ge en bättre följsamhet till behandlingen. Enligt Spaderna et al. (2007) har de patienter som förnekat sitt tillstånd sämre prognos för överlevnad än de som accepterat sin livssituation. Utifrån detta anses det att det är viktigt att vårdpersonalen uppmärksammar tecken på förnekelse. Detta för att kunna ledsaga patienterna till en god hantering av situationen samt motverka en negativ påverkan på livet.

Anledningen till att förnekelse används som copingstrategi samt att det uppstår mycket känslor i samband med transplantationen tror författarna kan bero på att hjärtat inte bara ses som ett organ utan även har ett symbolisk värde. Det vill säga att hjärtat kan ses som en spegel av själen och människans personlighet. Detta stöds i en studie av Inspector, Kutz & David (2004) som visar att en hjärtransplantation är en påfrestande händelse och som ger känslor av otrygghet angående ens egna existens. Många av deltagarna uttalade sig om tankar kring den själsliga påverkan och 46 procent av deltagarna hade fantasier om donatorns fysiska livskraft och styrka. Nästan hälften de medverkande hade en öppen eller dold uppfattning om möjligheten att förvärva en del av donatorns personlighet och egenskaper i samband med det nya hjärtat. Studien menar att principen om samtidighet mellan det spirituella och det logiska finns naturligt i det mänskliga livet och som vid en hjärtransplantation förstärks på grund av hjärtats symboliska värde. Författarna anser att detta det är mycket viktig att sjukvårdpersonalen är medvetna patientens spirituella uppfattning och att det ges tid för samtal kring dessa tankar.

Att få ett nytt hjärta är en händelse som kan förändra livet på ett drastiskt sätt. Resultatet visar att en hjärtransplantation kan ha en positiv inverkan på livet. Författarna till denna litteraturstudie tror att det finns en annan sida av en hjärtransplantation som inte har studerats tillräckligt i de artiklar som förekommer i resultatet. En livslång läkemedelsbehandling, oro för avstötning och ej uppfyllda förväntningar är faktorer som författarna anser kan påverka patientens liv på ett negativt sätt. Detta stöds i en studie av Jalowiec et al. (2006) som visar att det förekommer patienter som inte är tillfredställda med sin livssituation efter en hjärtransplantation. Dessa patienter upplevde oro över symtomen, stress och försämrad livskvalitet.

I den tredje och sista kategorin *att blicka framåt* beskrivs tillfredställelse med livet där aspekter på livskvalitet och vägen till förändring belyses. I resultatet beskrivs att patienterna upplevde en förbättring i livskvaliteten efter hjärtransplantation. Författarna delar uppfattning med Deshields, Mannen, Tait och Bajaj (1997), att detta kan bero på att de hinder som patienterna upplevde innan transplantationen har ersatts av tillfredställelse och välbefinnande.

Det som förvånade författarna under arbetet med denna litteraturstudie var hur patienterna klarade av att hålla hoppet vid liv och orka med vardagen. Anledningen till detta kan vara att patienter har mål att sikta mot och människor i sin närhet, vilket ger kraft att kämpa mot en ny framtid. Det anses även att studien av Jalowiec et al. (2006) ger ett bra svar på detta, som menar att en hjärtransplantation innebär en andra chans, en möjlighet att se sina barn växa upp och att få uppleva allt som livet har att ge. Studien visar även att 84 procent av deltagarna skulle genomgå operationen igen. Resultatet i studien av Deshields et al. (1997) visar att majoriteten av patienterna som fått ett nytt hjärta skulle genomgå en hjärtransplantation igen om det blev aktuellt. Detta kan enligt författarna bero på att det liv som en hjärtransplantation erbjuder överväger de risker som operationen medför och de motgångar och hinder som väntar i samband med ett nytt hjärta. En transplantation kan ge patienterna en möjlighet till ett liv utan sjukdom och det kan räcka som motivering för att orka med väntan och kämpa mot en ny framtid.

Metoddiskussion

Författarna valde att utgå från databaserna PubMed och Cinahl för att finna relevant data. Studien är begränsad till artiklar som rör vuxna och har publicerats senast år 1998. Årsbegränsningen baserades på en strävan mot att använda den senaste forskningen inom ämnet. Denna litteraturstudie är gjord av två författare, vilket ses som en styrka då innehållet i de inkluderade artiklarna har granskats kritiskt på två håll. Granskningen har genomförts av de båda författarna som oberoende av varandra har klassificerat och bedömt kvaliteten. Därefter har granskningarna jämförts och vid olika resultat diskuterats för att nå ett gemensamt beslut.

Denna litteraturstudie består till största del av kvantitativa artiklar. Det kan ses som en svaghet då litteraturstudien berör upplevelse och att detta eventuellt hade framkommit bättre genom kvalitativa studier. Författarna anser att det finns en styrka med kvantitativa studier, då de har ett större antal deltagare, baseras på godkända enkäter och mätskalor vilket ger ett generaliserbart resultat. Då de artiklar som utgör denna studie är skrivna på engelska kan feltolkningar förekomma. Detta beror på att engelska inte är författarnas modersmål. Trots det

har artiklarna tolkats efter bästa förmåga och stor noggrannhet har lagts ner för att undvika feltydningar.

För att kunna redovisa upplevelser och hantering både före och efter en hjärttransplantation, på ett bra sätt, återfinns samma artikel i flera kategorier. Författarna är medvetna om att detta kan leda till att resultatet kan upplevas som oorganiserat men ansåg det nödvändigt för att skapa en kontext för läsaren. Samma författare förekommer i flera av artiklarna, detta kan ses som någonting negativt då en objektiv forskningsansats kan vara svår att bibehålla. Dock anser författarna till denna litteraturstudie att detta kan vara en fördel för både forskare och läsare. Då forskargrupper som arbetar och gör flera studier inom ämnet erhåller en djupare kunskap om ämnet och nya problemområden identifieras.

Konklusion

En hjärttransplantation är en traumatisk och känslomässig händelse i en människas liv. Därför kan studier utifrån ett patientperspektiv ge sjuksköterskor och annan vårdpersonal ny kunskap om hur patienter kan uppleva en svår hjärtsjukdom. Genom att sammanställa resultat från ett antal studier önskade författarna kunna ge en djupare förståelse för vad patienterna genomgår med förhoppningen om vidare utveckling av omvårdnadsarbetet kring dessa individer. Vidare forskning i ämnet är önskvärt då det kan ge vägledning i omvårdnadsarbetet samt ytterligare kunskap om hur vårdpersonal kan stötta patienten att hantera en hjärttransplantation.

Referenslista

Referenser som är markerade med ett asterix (*) återfinns i resultatet och i bilaga 2.

*Araújo Sadala, M. L., & Gruppo Stolf, N. A. (2007). Heart transplantation experience: a phenomenological approach. *Sadala Mla & Stolf Nag, 17*, 217-225.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bass, L. S., Bell, B., Dudics Stuebbe, S., Giesting, R., & Wagoner, L. E. (2002). The Challenge of Managing the Care of Older Heart Transplant Recipients. *AACN Clinical Issues, 13*, 114-131.

Bergh, C. H., & Nilsson, F. (2002). Transplantation av hjärta och hjärt-lunga. C. Johnsson & G. Tufveson (Red.), *Transplantation* (s.200-217). Lund: Studentlitteratur.

*Bohachick, P., Taylor, M. V., Sereika, S., Reeder, S., & Anton, B. B. (2002). Social Support, Personal Control and Psychosocial Recovery Following heart transplantation. *Clinical Nursing Research, 11*, 34-51.

*Burker, E. J., Evon, D. M., Losielle, M. M., Finkel, J. B., & Mill, M. R. (2005). Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *Journal of psychosomatic Research, 59*, 215-222.

Burra, P., De Bona, M., Germani, G., Canova, D., Masier, A., Tomat, S., & Senzolo, M. (2007). The Concept of Quality of Life in Organ Transplantation. *Transplantations Proceedings, 39*, s.2285-2287.

*Cupples, S. A., Nolan, M. T., Augustine, S. M., & Kynoch, D. (1998). Perceived stressors and coping strategies among heart transplant candidates. *Journal of Transplant Coordination, 8*, 179-187.

Deshields, T. L., Mannen, K., Tait, R. C., & Bajaj, V. (1997). Quality of Life in Heart Transplant Candidates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 4*, 327-341.

*Evangelista, L. S., Doering, L., & Dracup, K. (2003 a). Meaning and life purpose: The perspectives of post-transplant women. *Heart & Lung, 32*, 250-257.

*Evangelista, L. S., Doering, L. V., Dracup, K., Vassilakis, M. E., & Kobashigawa, J. (2003 b). Hope, Mood States and Quality of Life in Female Heart Transplant Recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 22*, 681-686.

*Evangelisa, L.S., Dracup, K., Moser, D.K., Westlake, C., Erickson, V., Hamilton, A., & Fonarow, G. C. (2005). Two-year follow-up of quality of life in patients referred for heart transplant. *Heart & Lung, 34*, 187-193.

*Evangelista, L. S., Moser, D., Dracup, K., Doering, L. & Kobashigawa, J. (2004). Funktional Status and Perceived Control Influence Quality of Life in Female Heart Transplant Recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 23, 360-367.

Fitzsimmons, L. C. (2004). Sensitivity, VAD, and the Witing Game i Heart Transplantation. *Crit Care Nurs Q*, 27, 65-77.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2006). Tankeprocessen under examensarbetet. Friberg, F (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 27 - 36). Lund: Studentlitteratur.

*Grady, K. L., Jalowiec, A., & White-Williams, C. (1999). Predictors of Quality of Life in Patients at One Year after Heart Transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18, 202-210.

*Grady, K. L., Naftel, D. C., Kobashigawa, J., Chait, J., Young, J. B., Pelegri, D., Czerr, J., Heroux, A., Higgins, R., Rybarczyk, B., McLeod, M., White-Williams, C., & Kirklin, J. K. (2007). Patterns and Predictors of Quality of Life at 5-10 Years after Heart Transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 26, 535-543.

Granqvist, E. (2009, januari 30). Antal transplanterade organ mellan år 2000 – 2008. Hämtad februari 11, 2009, från <http://www.donationsradet.se/upload/Statistik/Transplanterade%202000%20-%202008.pdf>

*Henley Haugh, K., & Salyer, J. (2007). Needs of patients and families during the wait for a donor heart. *Heart & Lung*, 36, 319-329.

Inspector, Y., Kutz, I., & David, D. (2004). Another person's heart: magical and rational thinking in the psychological adaptation to heart transplantation. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 41, 161-173.

Jalowiec, A., & Grady, K. L. (1994). Stressors in patients awaiting a heart transplant. *Behavioral Medicine*, 19, 145-154.

Jalowiec, A, Grady, K. L., & White-Williams, C. (2006). Satisfaction With Heart Transplantation. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 21, 134-139.

*Jalowiec, A., Grady, K. L., & White-Williams, C. (2007). Predictors of Perceived Coping Effectiveness in Patients Awaiting a Heart Transplant. *Nursing Research*, 56, 260-268.

*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, 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, 611-625.

Karolinska Universitetsjukhuset (2008, december 12). Hjärttransplantation. Hämtad februari, 11, 2009, från <http://www.karolinska.se/sv/Verksamheternas/Kliniker--enheter/Thoraxkliniken/Patientinformation/Hjarttransplantation/?epslanguage=sv>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjöden, P-O. (2000). Coping Strategies and Styles Assessed by the Jalowiec Coping Scale in a Random Sample of the Swedish Population. *Scand J Caring Sci*, 14, 147-154.

McCalmont, V., & Ohler, L. (2008). Cardiac Transplantation – Candidate Identification, Evaluation and Management. *Crit Care Nurs Q*, 31, 216-229.

*Myaskovsky, L., Dew, M. A., McNulty, M. L., Switzer, G. E., DiMartini, A. F., Kormos, R. L., & McCurry, K. R. (2006). Trajectories of Change in Quality of Life in 12 – Month Survivors of Lung or Heart Transplant. *American Journal of Transplantation*, 6, 1939-1947.

Paris, W., & White-Williams, C. (2005). Social Adaptation After Cardiothoracic Transplantation A Review of the Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20, 67-73.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.

*Salyer, J., Flattery, M. P., Joyner, P. L., & Elswick, R. K. (2003). Lifestyle and Quality of Life in Long-Term Cardiac Transplant Recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22, 309-321.

SBU/SSF nr. 3. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad. Behandling av personer med depressionssjukdomar*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Spaderna, H., Smits, J. M. A., Rahmel, A. O., & Weidner, G. (2007). Psychosocial and behavioural factors in heart transplant candidates – an overview. *European Society for Organ Transplantation*, 20, 909-920

Telford, K., Kralik, D., & Koch, T. (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 457-464.

Zambroski, C. H. (2003). Qualitative analysis of living with heart failure. *Heart & Lung*, 32, 32 – 40.

Bilaga 1
Artikelgranskning

Artikel nr:.....Granskare:.....

Författare:.....

.....

.....

Titel:.....

.....

.....

Årtal:.....Tidskrift:.....

Land där studien utfördes:.....

Typ av studie: Original Review

Annan

Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1. Hjärtransplantation

2. Patientperspektiv

3. Upplevelser

4. Coping

Fortsatt bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

.....

KVALITETSBEDÖMNING

Frågeställning/hypotes:.....
.....
.....

Typ av studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervention
Annan

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
Randomiserad Kontrollerad
Intervention Annan

Studiens omfattning: Antal försökspersoner (N):.....Bortfall (N):.....
Tidpunkt för studiens genomförande:.....Studiens längd:.....

Beaktas: Könsskillnader? Ja Nej
Åldersaspekter? Ja Nej

Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/Problemformulering? Ja Nej

Är perspektiv/kontext presenterade? Ja Nej

Finns ett etiskt resonemang? Ja Nej

Urval relevant? Ja Nej

Är försökspersonerna väl beskrivna? Ja Nej

Är metoden tydligt beskriven? Ja Nej

Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av resultat? Ja Nej

Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt, i

överensstämmelse med verkligheten,

fruktbar/nyttigt? Ja Nej

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej

Representativt Ja Nej

Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej

Storleken beskriven Ja Nej

Interventionen beskriven Ja Nej

Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?

.....
.....

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten -valida Ja Nej

-reliabla Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....
.....
.....

Omarbetad utifrån SBU-granskningsmall Hellzén, O., & Pejler, A . (1999).

Bilaga 2

Tabell 1 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Araújo Sadala, M. L., & Gruppo Stolf, N. A. (2007). Brasilien	Heart transplantation experience: a phenomenological approach.	Att ge en förståelse för patientens upplevelse av en hjärttransplantation baserat på deltagarnas egna beskrivningar.	Kvalitativ Fenomenologisk Deskriptiv, individuella intervjuer.	N = 26 Inget redovisat bortfall.	Idiografisk analys** samt nomotetisk analys***	Deltagarna beskrev att insikten av att deras hälsa försämrades och att vara i slutfasen av sin hjärtsjukdom som en milstolpe i deras liv. Hjärtsjukdomen försvårade utförandet av både fysisk aktivitet och nödvändiga sysslor som att äta, dricka och röra sig naturligt. Deltagarna upplevde att de fick kämpa för att behålla sina liv, samtidigt som de såg döden närma sig. De kände att deras liv var uppskjutet. Väntan beskrevs som full av ångest på grund av den osäkerhet om de kommer leva eller dö beroende på om ett hjärta finns eller inte. Efter transplantationen upplevde deltagarna att de hade fått en framtid med nya möjligheter och självständighet. Det livslånga läkemedelsbehandlingen upplevdes som krävande. Att leva med någon annans hjärta upplevdes på olika sätt, glädje att leva, osäkerhet om hjärtat plötsligt skulle sluta fungera samt skuld över att någon annan har avlidit.	K (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

**Ett tillvägagångssätt inom kvalitativ forskning och samhällsforskning, som fokuserar på specifika element, individer, händelser, begrepp och situationer, dokument och arbeten.

***Används inom forskning om regelbundenheter och mönster inom sociala beteenden och sociala ordningar för att finna universella förklaringar och täcka lagar (Jupp, V. (ed.). The Sage Dictionary of Social Research Methods, 2006, s. 142, 195-196).

Tabell 2 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Bohachick, P., Taylor, M. V., Sereika, S., Reeder, S., & Anton, B, B. (2002). USA.	Social Support, Personal Control and Psycosocial Recovery Following heart transplantation.	a) Finns det förändringar i psykologiska följder och sociala resurser (socialt stöd och självbestämmande) direkt efter transplantation och 6 månader senare? b) Är tillämpning av socialt stöd och självkontroll under sjukhusvistelsen relaterat till psykologiska och funktionella följder direkt efter transplantation och 6 månader senare?	Kvantitativ Deskriptiv, prospektiv, kontrollerad design. Mätinstrument: Psykologiska följder mätes med 7 skalor, med 6 underskalor av dessa mätes psykosociala resurser. Upplevde nivå av hjälp mätes med The Social Network scale.	N = 28 (N = 2) Bortfall redovisat	Paired t-test Pearson productmoment correlations.	a) Från tiden direkt efter transplantation till 6 månader senare finns det en signifikant ökning av tillfredsställelse med livet och känsla av välmående samt minskad ångest. Deltagarna upplevde en ökning av socialt stöd 6 månader efter transplantation jämfört med direkt efter transplantationen. b) Under sjukhusvistelsen var hjälpen av ett socialt nätverk signifikant korrelerat med 3 av 4 positiva psykologiska följder, självförtroende, tillfredsställelse med livet och välmående. Vidare var socialt stöd, känsla av sammanhang och hjälpsamhet under sjukhusvistelsen positivt korrelerat med personlig funktion 6 månader efter transplantation.	DS (II)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 3 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Burker, E. J., Evon, D. M., Losielle, M. M., Finkel, J. B., & Mill, M. R. (2005). USA.	Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates.	Att de beskriva copingstrategier hos svårt hjärtsjuka patienter som väntar på transplantation, samt fastslå vilken copingstrategi som oftast förutsäger och associeras med nedstämdhet och oförmåga.	Kvantitativ Deskriptiv tvärsnittsstudie hos patienter som låg under utredning för hjärttransplantation. Mätinstrument: Strukturerade intervjuer utifrån 2 enkäter, en skattningsskala för depression och en för copingstrategier. Copingstrategier mättes i 3 olika skalor, problem-fokuserad, känslfokuserad och användbar coping.	N = 50 Inget redovisat bortfall.	Pearson´s correlation coefficients, ANOVA.	De fem vanligaste copingstrategierna som används av svårt hjärtsjuka patienter var religion, positiv omvärdering, accepterande, planering och sökande efter behjälpligt socialt stöd. Copingstrategin förnekelse förutsade nedstämdhet samt att regression, mentalt oengagemang samt uttryck av känslor signifikant ledde till oförmåga.	DS (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 4 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Cupples, S. A., Nolan, M. T., Augustine, S. M., & Kynoch, D. (1998). USA.	Perceived stressors and coping strategies among heart transplant candidates	a) Vilka stressfaktorer kan förväntas av patienter som väntar på ett hjärta vid inskrivningstillfället på väntelistan och efter 3, 6, 9 och 12 månaders väntan? b) Vilka copingstrategier används av dessa patienter? c) Vilken är den förväntade effekten av copingstrategierna som används av dessa patienter över tid?	Kvantitativ Deskriptiv, explorativ design. Mätinstrument: Två enkäter, en skattningsskala om förekomst och intensitet av stress under perioden innan transplantationen och en om frekvensen av använda copingstrategier.	N = 94 Inget redovisat bortfall.	ANOVA, Paired t-tests.	a) Stressfaktorn "ha en kronisk sjukdom" var högst vid inskrivandet på väntelistan och varierade mellan 2,00-2,31 av 3 möjliga poäng under inskrivning till 12 månaders väntan. Stressfaktorn "behov av en hjärtransplantation" var högst vid 9 månader och varierade mellan 2,20-2,35 av 3. "Oro över familjen varierade mellan 1,87-2,15 av 3 poäng bekräftades vid alla tillfällen utom vid 6 månader och var högst vid inskrivningen. Stressfaktorn "Vara på sjukhus under en lång tid" bekräftades endast vid 6 månader och var 2,00 av 3 möjliga poäng. b) De vanligaste och mest effektiva copingstrategierna var positivt tänkande, försök att leva ett normalt liv och bibehålla humor. c) Optimistisk copingstrategi gav den bästa effekten och var mest till hjälp över tid och rankades mellan 2,29-2,61 av 3 möjliga.	DS (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 5 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Evangelista, L. S., Doering, L., & Dracup, K. (2003 a). USA.	Meaning and life purpose: The perspectives of post-transplant women	Att undersöka kvinnors psykologiska återhämtning efter en hjärtransplantation. a) Vilken nivå av innebörd, mening med livet och psykologisk oro upplever kvinnor efter hjärtransplantation? b) Vilket samband finns mellan dessa faktorer? c) Vilken uppfattning har kvinnorna relaterat till deras upplevelse om hjärtsvikten och operationen?	Del 1. Kvantitativ Deskriptiv, jämförande design. Mätinstrument: Två enkäter, en som berörde innebörden och mening med livet och en som berörde sinnesstämningarna oro, depression och fientlighet. Del 2. Kvalitativ Deskriptiv med semistrukturerade intervjuer.	N = 33 Inget redovisat bortfall.	Del 1. Pearson´s correlation coefficients Del 2. Innehållsanalys.	a) Kvinnorna rapporterade en måttlig nivå av innebörd och mening med livet samt höga nivåer av oro, nedstämdhet och fientlighet. b) Det fanns ett samband mellan kvinnornas känsla av innebörd och mening med livet. Innebörden kunde även associeras med oro och nedstämdhet. Uppfattningen av meningen med livet var associerat med alla tre sinnesstämningar. c) Kvinnorna upplevde rädsla och bristande kontroll under hjärtsvikten och vid operationen. Rädslan beskrevs som en oro att dö i sömnen och att det inte skall finnas tillräckligt med hjärtan. Rädsla fanns också för svåra komplikationerna och biverkningar, effektiviteten av behandlingen samt för avstötning. En del av kvinnorna upplevde att de inte hade kontroll över deras hälsa eller liv, vilket ledde till nedstämdhet och frustration.	DS (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 6 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Evangelista, L. S., Doering, L. V., Dracup, K., Vassilakis, M. E., & Kobashigawa, J. (2003 b). USA.	Hope, Mood States and Quality of Life in Female Heart Transplant Recipients	a). Att beskriva nivån av hopp, sinnesstämning och livskvalitet. b). Att undersöka sambandet mellan dessa variabler och social tillhörighet. c). Identifiera förutsättningar som påverkar livskvalitet hos hjärtransplanterade kvinnor.	Kvantitativ Deskriptiv, prospektiv, kontrollerad design. Mätinstrument: Tre enkäter användes, en som berör nivån av hopp, en som mäter sinnesstämningar (oro och nedstämdhet) samt livskvalitet mättes av en skala som återspeglar nivå av fysik funktion och mental hälsa.	N = 50 Inget redovisat bortfall.	Pearson´s correlation coefficients.	a). Deltagarna upplevde endast en måttlig nivå av hopp och livskvalitet men en hög nivå av ångest och nedstämdhet. b). Sambandet mellan berörda variabler och social tillhörighet (etisk tillhörighet, materiellstatus, utbildning, inkomst och kliniska kännetecken) visade på ingen signifikant skillnad. Yngre deltagare upplevde dock bättre livskvalitet än de äldre. c). Förutsättningar som påverkar god livskvalitet och mental hälsa var ålder, hopp och nedstämdhet.	DS (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 7 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Evangelisa, L.S., Dracup, K., Moser, D.K., Westlake, C., Erickson, V., Hamilton, A., & Fonarow, G. C. (2005). USA.	Two-year follow-up of quality of life in patients refferd for heart transplant.	Att undersöka förändringar i den fysiska och psykiska hälsan vid två utvärderingar med två års mellanrum hos tre grupper. Patienter som fått ett nytt hjärta jämfört med patienter som väntar på transplantation och patienter som är stabila i sin hjärtsjukdom med läkemedel.	Kvantitativ design, prospektiv, longitudinell, kontrollerad qvasi-experimentell. Mätinstrument: psykologiska domäner av livskvalitet och depression mättes med två olika skalor.	N = 77 3 grupper: transplanterade patienter N = 17 Väntar på transplantation N = 13 Läkemedel N = 47. Inget redovisat bortfall.	Icke-parametrisk Wolcoxon signed-rank test Spearman rho correlation Mann-Withney U test Kruskall-Wallis statistics.	De transplanterade patienterna upplevde bättre livskvalitet och mådde psykiskt bättre än de som väntade på transplantation vid den andra utvärderingen. Resultatet visar att transplanterade patienter och de som väntar upplever en sämre fysisk och psykisk hälsa två år efter den första utvärderingen än de patienter som är stabila på läkemedelsbehandling. Skillnaden förklaras inte i att graden av nedstämdhet hos de transplanterade och de som väntar blev sämre över tid, utan i att nedstämdhet minskade bland de som gick på läkemedel. Resultatet visar att nedstämdhet var övergripande relaterat till livskvalitet och emotionell status men inte till psykiskt välmående.	CCT (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 8 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Evangelista, L. S., Moser, D., Dracup, K., Doering, L. & Kobashigawa, J. (2004). USA.	Funktional Status and Perceived Control Influence Quality of Life in Female Heart Transplant Recipients	Att beskriva och jämföra livskvaliteten och psykologiskt välmåendet hos en grupp kvinnor som genomgått hjärtransplantation och en grupp kvinnor som väntar på transplantation. a) Finns det någon skillnad i livskvalitet och psykologiskt välmående mellan transplanterade och väntande kvinnor. b) Vilka faktorer är relaterade till livskvalitet hos kvinnliga patienter som genomgått transplantation? Hypotes: Kvinnor som genomgått en hjärtransplantation upplever bättre livskvalitet och psykologiskt välmående än de som väntar på transplantation.	Kvantitativ, kontrollerad tvärsnittsstudie. Mätinstrument: Fysisk kapacitet mättes med ett gångtest och genom enkäter mättes livskvalitet psykologiskt välmående och förväntad kontroll.	N = 100 (N = 0) 2 grupper: transplanterade patienter N = 50 Väntar på transplantation N = 50 Inget redovisat bortfall.	Statistisk analysmetod t-test, chi-square test och Pearson´s correlation coefficients.	a) Studien visar på en signifikant skillnad i livskvalitet och psykologiskt välmående mellan de två grupperna och där de transplanterade deltagarna hade bättre livskvalitet inom alla undersökta områden. Deltagarna som väntade på transplantation hade även lägre upplevd självkontroll än de som hade fått ett nytt hjärta. b) De faktorer som påverkade livskvaliteten hos kvinnorna som genomgått transplantation var funktionell status, nedstämdhet och upplevd kontroll. Analysen visar att funktionell status, nedstämdhet och uppfattning av kontroll påverkar transplanterade kvinnors livskvalitet. De transplanterade kvinnorna upplevde bättre livskvalitet och mådde psykiskt bättre än de som väntade.	CCT(I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 9 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmeto d	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Grady, K. L., Jalowiec, A., & White-Williams, C. (1999). USA.	Predictors of Quality of Life in Patients at One Year after Heart Trans- plantation	1). Att beskriva vad som leder till livskvalitet för patienterna. 2). Att undersöka sambandet mellan livskvalitet och demografiska, fysiska och psykosociala variabler. 3). Att identifiera förutsättningar för livskvalitet hos patienter som genomgått en hjärt- transplantation för mer än ett år sedan.	Kvantitativ Prospektiv, kontrollerad Mätinstrument: För att beskriva olika domäner av livskvalitet användes nio olika enkäter med skalor eller ja och nej- svar.	N = 232 Inget redovisat Bortfall.	Deskriptiv statistisk analys. Pearson´s correlation, stegvis multiple regression.	1). Områdena som ledde till tillfredställande livskvalitet var tro på Gud, hälsovård, och emotionellt stöd från andra, vänner, partnerrelation, barn, familjens hälsa och lycka, grannskapet och hemmet. 2). Undersökningen visar på ett moderat starkt samband mellan tillfredställelse med livet och stress, coping, hälsosyn, oro för symtom, oförmåga, tillfredställelse med efter operationstiden och bättre följsamhet. 3).Förutsättningar för bättre livskvalitet ett år efter hjärttransplantation är mindre stress, mer hjälpsamhet och information, bättre hälsosyn, bättre följsamhet, fler effektiva coping strategier, mindre funktionell oförmåga, ålder samt färre komplikationer.	CCT (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 10 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmeto d	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Grady, K., et. al. (2007). USA.	Patterns and Predictors of Quality of Life at 5-10 Years after Heart Transplantation	1). Att beskriva livskvalitet över tid 2). Identifiera prognosen för livskvalitet fem - tio år efter hjärt-transplantation.	Kvantitativ Deskriptiv, prospektiv kontrollerad design. Mätinstrument: För att undersöka livskvalité användes nio olika livskvalitetsenkäter.	N = 597 (N = 42) Bortfall redovisat.	Pearson´s correlation coefficients, multiple regression.	1). Deltagarna var efter en längre tid väldigt nöjda i stort med sin livskvalitet, hälsa och fysik. Det fanns ingen signifikant skillnad i livskvalitet beroende på ålder, kön eller etniskt ursprung. 2). Prognosen för god livskvalitet fem - tio år efter transplantation var mindre depression, färre negativa och mer positiva känslor, mindre osäkerhet och trötthet, mer emotionells stöd och sociala interaktioner samt färre transplantationsrelaterade problem.	DS (II)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 11 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Henley Haugh, K., & Salyer, J. (2007). USA.	Needs of patients and families during the wait for a donor heart	Att undersöka patienter och närståendes uppfattning om vilka insatser som vidtogs under deras väntan på ett nytt hjärta, uppfattningen av effektiviteten av dessa insatser och vilka insatser som hade kunnat underlätta men inte vidtogs.	Kvalitativ design, Deskriptiv med Fokusgruppsintervjuer.	N = 11 Patienter: N = 8 Närstående: N = 3 Inget redovisat bortfall.	Innehålls- analys	Resultatet visar att den information som personalen gav var till stor hjälp under väntan på transplantation. Dock inte om personalen inte anpassade informationen till individen. Att personalen respekterade familjens roll i patientens liv och deras försök att bibehålla viss normalitet trots sjukhusvistelse ansåg deltagarna var viktigt. Behovet av respekt, värdighet och känsla av kontroll bibehölls när beslut skulle fattas beskrevs som viktigt av patienterna. De ville känna sig delaktiga i behandlingen och beslutsfattandet. Det var väldigt uppskattat att personalen ”gjorde det lilla extra” för att patienterna skulle få känna sig normala, detta var väldigt uppskattat.	K (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 12 över inkluderade artiklar

Författare, (årstal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Jalowiec, A., Grady, K. & White-Williams, C. (2007). USA.	Predictors of Perceived Coping Effectiveness in Patients Awaiting a Heart Transplant	Att identifiera förutsägelser om förväntningar av copingens verkan under väntan på en transplantation hos ett stort urval av kandidater till hjärttransplantation.	Kvantitativ, Deskriptiv, prospektiv kontrollerad design. Mätinstrument: Enkät om copingbeteende, stressfaktorer, socialt stöd, hjälp från hjärttransplantationsteamet och upplevd prognos efter hjärttransplantation undersöktes genom egenutvecklade instrument.	N = 550 (N = 15) Bortfall redovisat.	Hierarkisk regression	De förväntade copingstrategier som beskrevs var optimism, konfrontation, stöttning, självtillit, undvikande, lindrande och känslomässighet. De signifikanta förutsägelseerna för en bättre verkan av coping var bland annat mindre användande av känsloladdade och undvikande strategier samt optimistisk inställning samt tillfredsställelse med det sociala stödet.	DS (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 13 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Kaba, E., Thompson, D. R., & Burnard, P. (2000). England.	Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping	Att utforska copingstrategier hos hjärttransplanterade patienter.	Kvalitativ Deskriptiv med ostrukturerade djupintervjuer.	N = 42 Inget redovisat bortfall.	Grounded theory	Deltagarna kunde lättare hantera sin situation på ett positivt sätt om de använde sig av copingstrategin som innebär att acceptera sina begränsningar. Några av deltagarna använde sig av förnekande och undvikande strategier för att slippa bemöta känslor runt deras tillstånd. Andra coping strategier som nämndes av deltagarna var att sätt upp mål, jämföra sig med andra, finna socialt stöd i närstående, finna tro, omprioritering och förändra sin uppfattning.	K (I)
Kaba, E., Thompson, D. R., Burnard, P., Edwards, D., & Theodosopoulou, E. (2005). Skottland.	Somebody else's heart inside me: a descriptive study of psychological problems after a heart transplantation	Att undersöka psykologiska problem som upplevs av hjärttransplanterade patienter.	Kvalitativ Deskriptiv med ostrukturerade djupintervjuer.	N = 42 Inget redovisat bortfall.	Jämförande innehålls- analys och Grounded theory	Deltagarna upplevde sorg över deras förlorade hjärta samt fantiserade om vems hjärta de fått och om detta kan påverka deras personlighet. Deltagarna upplevde känslor av tacksamhet gentemot donatorer och deras familj samt ångest och skuld över donatorns död. Förnekelse av sitt nya hjärta eller av donatorn visade sig vara den vanligaste reaktionen.	K (I)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Tabell 14 över inkluderade artiklar

Författare, (årtal), land	Titel	Syfte/ Frågeställning/ Hypotes	Design	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Resultat/huvudfynd	Klassificering* (Kvalitet*)
Myaskovsky, L., Dew, M. A., McNulty, M. L., Switzer, G. E., DiMartini, A. F., Kormos, R. L., & McCurry, K. R. (2006). USA.	Trajectories of Change in Quality of Life in 12 – Month Survivors of Lung or Heart Transplant	Att undersöka i vilken riktning livskvaliteten hos tranplanterade patienter tar efter ett år.	Kvantitativ Deskriptiv, prospektiv, kontrollerad studie. Mätinstrument: Fysisk, social och mental livskvalité, förutsägelser av livskvalité, psykosociala resurser och copingstrategier mättes i skalor.	N = 199 (N = 11) Bortfall redovisat.	ANOVA, F-test, Pearson correlation coefficients	Över tid sker det en signifikant förbättring av livskvalité hos deltagarna. Hjärtrplanterade patienter visade en tidigare förbättring av livskvalitet än lungtransplanterade. En bättre hälsostatus tidigt efter transplantationen var genomgående den starkaste förutsättningen för bättre livskvalitet. Användning av undvikande copingstrategier gav sämre fysisk förmåga.	DS (I)
Salyer, J., Flattery, M. P., Joyner, P. L. & Elswick, R. K. (2003). USA.	Lifestyle and Quality of Life in Long-Term Cardiac Transplant Recipients	Att beskriva faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer som genomgått en hjärtrplantation för minst ett år sedan.	Kvantitativ Deskriptiv tvärsnittsstudie. Mätinstrument: för att mäta livskvalité användes 5 enkäter samt för att visa på egenskaper hos deltagarna användes en demografisk enkät. Hälsostatus insamlades från journaler.	N = 93 Inget redovisat bortfall.	Independet t-test, chi-square analysis, Pearson´s correlation, regression analysis.	Faktorer som påverkade deltagarnas livskvalitet var oro över om de kunde hantera sin hälsa samt att de kände att det fanns hinder som stoppade dem i sin förmåga att engagera sig i ett hälsofrämjande beteende. Deltagarna uppskattade sin hälsostatus som god trots att de i genomsnitt låg över den idealiska vikten. De var i genomsnitt måttligt tillfredställda med livet, till största del när det gällde sina familjer och mint vad gällde hälsa och förmåga .	DS (II)

*För klassificering och kvalitetsbedömning se bilaga 2.

Bilaga 3

Tabell över exkluderade artiklar

Författare (Årtal) Land	Titel	Motivering
Dáz-Dominguez, R., Pérez-Bernal, J., Pérez-San-Gregorio, M. A., & Martin-Rodríguez, A. (2006). Spanien	Quality of Life in Patients With Kidney, Liver or Heart Failure During the Waiting List Period.	Resultatet av artikeln svarade ej på syfte av litteraturstudien vid närmare granskning. Då artikeln var en jämförande studie mellan olika typer av organsvikt.
Harper, R. G., Chacko, R. C., Kotik-Harper, D., Young, J., & Gotto, J. (1998). USA.	Self-Report Evaluation of Health Behavior, Stress Vulnerability, and Medical Outcome of Heart Transplant Recipients	Artikeln svarade ej mot syftet vid noggrannare granskning. Då den är mer medicinskt inriktad samt berör följsamhet mot läkemedel.
Karapolat, H., Eyigor, S., Zoghi, M., Nalbantgil, S., Yagdi, T., Durmaz, B., & Ozbaran, M. (2008). Turkiet.	Health Related Quality of Life in Patient Awaiting Heart Transplantation.	Vid närmare granskning uppfyllde artikeln ej litteraturstudiens syfte då den är inriktad på funktionell status och kliniska parametrar.
Langenbach, M., Kuhn-Régnier, H., & Geissler, H. J. (2002). Tyskland.	Patients' Subjective ReConstructions of Meaning After Heart Transplantation.	Artikeln anses vara av låg kvalitet på grund av dålig avgränsning och problemformulering, inget etiskt resonemang, dåligt beskrivet urval samt att det inte ges en klar bild av resultatet.
Zipfel, S., Löwe, B., Paschke, T., Immel, B., Lange, R., Zimmermann, R., Herzog, W., & Bergmann, G. (1998). Tyskland.	Psychological distress in patient awaiting heart transplantation	Vid närmare granskning upptäcktes att studien inte berörde syftet till litteraturstudien. Då resultatet är fokuserat på enbart depression.