



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT ÖVERLEVA ETT HJÄRTSTOPP

Upplevelser och hjärtstoppets inverkan på livskvaliteten

Emelie Bjurström & Clara Sekander

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2017
Handledare:	Nabi Fatahi
Examinator:	Azar Hedemalm
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka Elin och Malin för genomläsning och synpunkter på vårt arbete. Författarna vill även tacka varandra för ett gott samarbete och många skratt.

Emelie & Clara

Göteborg, november 2017

Titel (svensk)	Att överleva ett hjärtstopp: Upplevelser och hjärtstoppets inverkan på livskvaliteten
Titel (engelsk)	To survive a cardiac arrest: Experiences and the impact of the cardiac arrest on quality of life
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2017
Författare	Emelie Bjurström, Clara Sekander
Handledare:	Nabi Fatahi
Examinator:	Azar Hedemalm

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet personer som överlever hjärtstopp ökar i Sverige. År 2016 överlevde 17,4% av de som drabbats, vilket motsvarar 1317 personer jämfört med 351 personer (10,9%) som överlevde år 2006. Hjärtstopp kan orsakas av flera olika tillstånd, det vanligaste är ischemisk hjärtsjukdom. Ett hjärtstopp innebär att hjärtat inte längre förmår att pumpa runt blod till kroppens organ vilket leder till syrebrist i kroppens vävnader. Tecken på hjärtstopp är medvetslöshet och ingen eller onormal andning. **Syfte:** Syftet var att beskriva personers upplevelser av ett hjärtstopp och dess inverkan på personernas livskvalitet. **Metod:** En allmän litteraturöversikt genomfördes där 12 originalartiklar inkluderades, fem kvalitativa, sex kvantitativa och en mixad metod. Dataanalysen utfördes enligt Fribergs analyssteg för allmän litteraturöversikt. **Resultat:** Många känslor upplevdes efter ett hjärtstopp. Hjärtstoppet ledde till en ny syn på livet, sig själv och sin identitet. Närstående var en källa till trygghet och relationen till dem prioriterades. Varför hjärtstoppet hade inträffat var en central fråga som personerna sökte svar på i efterförloppet. Oro och rädsla över att drabbas av ytterligare ett hjärtstopp fanns. **Slutsats:** Ett hjärtstopp kan vara en omskakande händelse som leder till många olika känslor i efterförloppet. Händelsen kan leda till en transition som utmanar identitet och sociala relationer. Denna transition och de känslor som uppstår efter ett hjärtstopp är något som sjuksköterskan måste vara medveten om samt kunna bemöta. Det är även viktigt att kunna tillgodose överlevarnas informationsbehov.

Nyckelord: *heart arrest, cardiac arrest, patient, experience, quality of life*

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Hjärtstopp	1
Orsak, symtom och tecken	1
Prevalens	2
Behandling	2
Fortsatt vård	3
Uppföljning	3
Livskvalitet	4
Health related quality of life	4
Sjuksköterskans roll	5
Teoretisk referensram	5
Transition	5
KASAM – Känsla av sammanhang	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Datainsamling	8
Urval	8
Dataanalys	9
Resultat	9
Upplevelsen av hjärtstopp	9
Minnen av hjärtstoppet	9
Känslor efter hjärtstoppet	10
Tankar efter hjärtstoppet	11
Inverkan på livskvaliteten	15
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Känslor och tankar efter hjärtstopp	18
Transition och KASAM efter hjärtstopp	18
Konklusion	20
Implikationer för omvårdnad	20
Vidare forskning	21
Referenser	22
Bilaga 1: Söktabell	
Bilaga 2: Artikelöversikt	

Inledning

Hjärtstopp var och är ett tillstånd som de flesta inte överlever. År 2016 räddades 1317 personer i Sverige tillbaka till livet efter ett hjärtstopp (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2017). Detta är en siffra som ständigt ökar vilket gör att chansen att överleva ett hjärtstopp blir större. Då någon överlever ses det som en stor vinst. Det skall dock inte glömmas bort att det är en stor händelse att ha överlevt ett hjärtstopp. Även om en person överlever betyder det inte att sjukvården har lyckats då vidare vårdinsatser kan behövas för att få ett värdigt liv. Det är därför av största vikt att ta reda på vad dessa personer känner och upplever efter det överlevda hjärtstoppet för att sjukvården på ett så bra sätt som möjligt skall kunna möta deras behov.

Författarna konstaterade efter en inledande litteratursökning en avsaknad av kunskap om hur personer som varit med om ett hjärtstopp känner och vilka behov de har efteråt. Kunskapsbristen medförde att författarna valde att närmare studera hur de som drabbats av ett hjärtstopp upplevde händelsen och hur den påverkade livskvaliteten. Detta för att som legitimerade sjuksköterskor bättre kunna bemöta dessa personer och deras behov.

Bakgrund

Hjärtstopp

Hjärtstopp kan orsakas av flera olika tillstånd som alla resulterar i att hjärtat inte längre pumpar runt något blod vilket leder till ischemi i kroppens organ. Utan behandling leder denna ischemi till döden. Den vanligaste orsaken till hjärtstopp är ischemisk hjärtsjukdom som orsakar cirka 90% av alla hjärtstopp (Holmberg, 2010; Karason, 2017). Med ischemisk hjärtsjukdom menas att delar av hjärtmuskulaturen inte får adekvat syretillförsel på grund av nedsatt blodtillförsel. Detta kan orsakas av att plack eller tromber blockerar blodflödet helt eller delvis i kärlen som försörjer hjärtat med blod, de så kallade koronarkärlen. Om detta sker uppstår en ischemi i hjärtats vägg och muskulatur vilket gör att hjärtat inte kan pumpa på ett adekvat sätt (Agewall, 2017). Ett exempel på ischemisk hjärtsjukdom är hjärtinfarkt. Sjukdomar i hjärtat så som klaffsjukdomar och rubbningar i retledningssystemet samt lungsjukdom, drunkning, kvävning och intoxicationer kan också leda till hjärtstopp (Holmberg, 2010; Karason, 2017).

Orsak, symtom och tecken

Det finns tre patofysiologiska orsaker till hjärtstopp: ventrikelflimmer (VF), asystoli och pulslös elektrisk aktivitet (PEA) (Holmberg, 2010). VF innebär att ett elektriskt kaos inträffar i kammaren vilket leder till att ingen kontraktion av hjärtat sker som i sin tur innebär att blod inte pumpas ut i kroppen (Agewall, 2017). Om inte VF kan brytas med adekvat behandling övergår detta i en asystoli (Holmberg, 2010). Med asystoli menas att all elektrisk aktivitet upphör vilket gör att ingen kontraktion av hjärtat sker. Asystoli kan även ske spontant. PEA innebär att en elektrisk aktivitet finns i hjärtat men att hjärtat ändå inte förmår att pumpa ut blod i kroppen (Jern, 2017).

Tecken på hjärtstopp är medvetlöshet och ingen eller onormal andning (Karason, 2017). Vilka symtom och tecken som kan uppkomma före hjärtstoppet varierar beroende på hjärtstoppets orsak. Den vanligaste orsaken till hjärtstopp är hjärtinfarkt (Holmberg, 2010; Karason, 2017). Symtomen vid akut hjärtinfarkt varierar från person till person och kan vara mycket svåra att uppfatta och tolka. Det klassiska symtomet på akut hjärtinfarkt är smärta, tryck eller tyngdkänsla i bröstområdet. Besvären kan i vissa fall stråla ut i armar, nacke och käkar. Andra symtom på akut hjärtinfarkt är ångest, illamående, kräkningar, andfåddhet och syncopé (Agewall, 2017; Ericson & Ericson, 2012). I vissa fall förekommer inga symtom vid en hjärtinfarkt (Ericson & Ericson, 2012).

Prevalens

År 2016 inträffade det i Sverige 5312 hjärtstopp utanför sjukhus där insatser påbörjades av antingen vittnen eller sjukvårdspersonal. Större delen av de som drabbas av hjärtstopp är män (69%) och de flesta hjärtstopp sker i hemmet (68,8%). Andelen personer som överlever ett hjärtstopp i Sverige har ökat sedan början på 2000-talet då cirka 4% av de personer som drabbats av hjärtstopp levde efter 30 dagar. År 2016 var denna siffra 11% (577 personer) vilket betyder att det har skett mer än en fördubbling av antalet överlevande efter ett hjärtstopp som inträffat utanför sjukhus. På sjukhus drabbades år 2016, 2622 personer av hjärtstopp. Av dessa överlevde 32% (786 personer) vilket är en ökning med tre procentenheter sedan 2006. Totalt räddades 1317 personer efter ett hjärtstopp i Sverige 2016 vilket motsvarar 17,4%. 2006 var motsvarande siffra 10,9% (351 personer) (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2017).

Även i andra delar av världen ökar andelen som överlever hjärtstopp. I USA ses en ökning av antalet personer som överlever ett hjärtstopp (Chan, McNally, Tang & Kellermann, 2014; Daya et al., 2015). Samma trend ses i London där en signifikant ökning av antalet personer som överlever hjärtstopp skett (Fothergill, Watson, Chamberlain, Viridi, Moore & Whitbread, 2013).

Behandling

Tidig behandling av hjärtstopp är mycket viktigt för att maximera chansen till överlevnad. Om hjärtat kan startas inom en till två minuter uppkommer ingen mätbar skada på kroppen. Går det längre tid kan kroppen börja ta skada på grund av syrebristen som uppstår. Om ingen behandling ges inom 15 minuter är döden i de flesta fall oundviklig då skadorna på kroppens organ blir såpass allvarliga (Holmberg, 2010; Karason, 2017).

Vid ett hjärtstopp behöver flera olika åtgärder sättas in som behandling till dessa personer. Dessa åtgärder kan beskrivas som länkar i en kedja vilket gör att behandlingen som ges vid hjärtstopp kallas *kedjan som räddar liv* (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2017).

Denna kedja består av:

- tidigt larm. Detta för att möjliggöra att effektiv behandling startas så snabbt som möjligt.
- tidig hjärt-lungräddning (HLR). Detta är en livsuppehållande åtgärd genom att cirkulation och andning vidmakthålls tills dess att mer effektiva åtgärder kan vidtas.
- tidig defibrillering. Vid VF/VT (ventrikeltakykardi) är defibrillering den enda botande behandlingen och ju tidigare defibrillering sker desto större chans till lyckad utgång.

- tidig avancerad HLR. Denna består av intubation, läkemedelsadministrering och mekaniska hjärtkompressioner. Dessa åtgärder förbättrar ventilationen, förhindrar aspiration samt förbättrar hjärtats funktion (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2017).

Fortsatt vård

Efter lyckad HLR krävs fortsatt behandling för att möjliggöra en god återhämtning. Den fortsatta behandlingen syftar till att optimera återhämtningen och vården bedrivs ofta på en intensivvårdsavdelning. Efter att blodcirkulation har återupprättats kan somliga vara fortsatt medvetslösa medan andra återfår sin cerebrala funktion direkt. Ett stort fokus i behandlingen hos dem som inte återfår cerebral funktion direkt är att återfå denna för att förhindra skador på hjärnan (Nolan et al., 2015).

Då cirkulationen är återupprättad skall andning och luftväg kontrolleras. Uppkoppling till 12 avlednings-EKG skall göras för att kontrollera hjärtat och upptäcka eventuell hjärtinfarkt med ST-höjningar (Nolan et al., 2015). ST-höjning innebär att en ischemi har drabbat hjärtmuskeln, troligen orsakad av en total ocklusion i koronarkärlen vilket syns på EKG (Agewall, 2017). Vidare skall kroppstemperaturen kontrolleras och de som fortfarande är medvetslösa skall ges hypotermibehandling. Detta innebär nedkylning av kroppstemperaturen till 32–36°C (Nolan et al., 2015).

Beroende på vad den troliga orsaken till hjärtstoppet är prioriteras olika behandlingar först. Om orsaken troligen har kardiologiskt ursprung och en ST-höjning kan ses på EKG skall koronarangiografi genomföras omgående och om nödvändigt en perkutan kranskärlsintervention (PCI) (Nolan et al., 2015). PCI innebär att en kateter förs in i hjärtats koronarkärl och vidgar det kärl där förträngning uppstått. Placering av ett stent (ett sorts nät) för att förhindra att nya ocklusioner uppstår kan också göras (Agewall, 2017). Om ST-höjning inte kan ses skall koronarangiografi ändå övervägas. Om orsaken till hjärtstoppet inte tros vara hjärtrelaterat kan datortomografi av hjärna och bröstorgå göras då andra eventuella orsaker till hjärtstopp kan vara respiratoriska samt neurologiska och då kan upptäckas på detta sätt (Nolan et al., 2015).

Efter att nedkylningen är avslutad skall temperaturen fortsatt kontrolleras och upp till 72 timmar efter återupplivning skall hypertermi förebyggas. Tidig undersökning med ultraljud på hjärtat skall genomföras för att utreda eventuell ischemisk påverkan på hjärtat. Eventuell prognos skall inte ges före 72 timmar efter incidenten för att kunna ge en så tillförlitlig prognos som möjligt (Nolan et al., 2015).

Uppföljning

Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016) har utformat riktlinjer för uppföljning av personer som överlevt ett hjärtstopp där det framgår att samtliga skall erbjudas uppföljning inom en till tre månader efter utskrivning på lämplig mottagning. Innan utskrivning bör information om uppföljning ges till personen och om möjligt skall en kontaktperson erbjudas. Under uppföljningen skall fyra delar ingå. En del i detta är att säkerställa att patient och närstående fått tillräckligt med information om händelseförloppet, bakomliggande orsaker, hjärtsjukdom och behandlingar, prevention, smärtor, fysiska begränsningar, daglig aktivitet såsom arbete och bilkörning, mental trötthet, sociala relationer och närståendes situation. Om

dessa inte är tillfredsställda eller problem finns skall patient och närstående få hjälp med detta. Vid uppföljning skall screening av kognitiva samt emotionella svårigheter ske genom lämpligt instrument. Det skall också ges information skriftligt och muntligt, upprepning kan behövas (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2016). Dessa riktlinjer stämmer väl överens med de riktlinjer som European Resuscitation Council (ERC) publicerat då de anser att uppföljningen efter ett hjärtstopp skall innehålla information både skriftligt och muntligt samt screening av emotionella och kognitiva problem (Nolan et al., 2015).

Livskvalitet

Det finns flera olika definitioner på livskvalitet där vissa anser att livskvaliteten endast beror på hur lycklig en person är medan andra menar att den beror på en persons mående just nu (Brülde, 2003). Enligt World Health Organization (WHO) (1999) kan livskvalitet inte likställas med hälsotillstånd, livsstil, livstillfredsställelse, mentalt tillstånd eller välbefinnande. Det bör istället ses som ett multidimensionellt begrepp som inbegriper hur individen uppfattar dessa och andra aspekter av livet. Vidare definierar WHO (1997) livskvalitet som en persons uppfattning om sin ställning i livet i relation till de kultur- och värdesystem i vilka hen lever, i förhållande till sina mål, förväntningar, bekymmer och normer. Fysisk hälsa, psykologiskt tillstånd, personlig tro, sociala relationer och relationen till framträdande särdrag i sin miljö inverkar på en persons livskvalitet. Även graden av självständighet kan inverka på livskvaliteten (WHO, 1997). Begreppet livskvalitet innefattar faktorer som är både objektiva och subjektiva. Objektiva faktorer är till exempel den sociala situationen, arbete, inkomst, bostad och den fysiska rörligheten. De subjektiva faktorerna är hur den enskilda personen upplever och värderar de objektiva faktorerna. Vidare ger de objektiva faktorerna i kombination med de subjektiva faktorerna en effekt på personens liv. Det är viktigt att begreppet livskvalitet skiljs från de faktorer som förknippas med god livskvalitet. En person med en allvarlig sjukdom som medför begränsningar i det vardagliga livet behöver inte ha en dålig livskvalitet. Sjukdomen kan dock medföra en minskad livskvalitet för den drabbade (Hermerén, 2017).

Health related quality of life

Health related quality of life (HRQOL) är ett livskvalitetsbegrepp som inte tar hänsyn till alla de dimensioner som begreppet livskvalitet inbegriper (Azoulay, Kentish-Barnes & Pochard, 2008). HRQOL tar hänsyn till de faktorer i livskvalitet som kan inverka på hälsan, antingen fysiskt eller psykiskt (McHorney, 1999). Sett på individnivå inkluderar HRQOL individens fysiska och mentala uppfattningar om hälsa och deras samband vilket även inkluderar hälsovillkor och risker, funktionell status, socialt stöd samt socioekonomisk status (U.S Department of Health and Human Services, 2000).

Tidigare forskning som undersökt personers livskvalitet efter ett hjärtstopp har visat att majoriteten har en god eller acceptabel livskvalitet. Livskvaliteten kan dock variera och alla återfår inte samma grad av livskvalitet som de hade före hjärtstoppet (Elliott, Rodgers & Brett, 2011).

Sjuksköterskans roll

Som legitimerad sjuksköterska finns det fyra grundläggande ansvarsområden. Dessa är främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom samt återställa hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). För att kunna genomföra detta på ett adekvat sätt krävs det att den omvårdnad som ges riktar sig till de behov och upplevelser personen har. Såväl fysiska som psykologiska, andliga och kulturella aspekter skall tas om hand av en legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). För att detta skall kunna genomföras på ett adekvat sätt måste dessa behov och upplevelser kartläggas och metoder för hur olika upplevelser skall bemötas måste arbetas fram. Detta då en legitimerad sjuksköterskas arbete skall bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2010:659; SFS 2014:821; Svensk sjuksköterskeförening, 2017). För att detta skall vara möjligt måste forskning på området bedrivas.

Som sjuksköterska skall information kunna tillhandahållas patienter på ett för patienten lämpligt sätt så att informationen kan tas emot och användas (SFS 2014:821; Svensk sjuksköterskeförening, 2014; Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) skall sjuksköterskor arbeta för att hela tiden förbättra den omvårdnad som personen får för att tillgodose de behov som finns. En legitimerad sjuksköterska ansvarar för att vården syftar till och gör det möjligt för personer att uppnå en så god livskvalitet som möjligt. Detta genom att förbättra, bibehålla eller återställa hälsan. Det kan också handla om att hantera ett problem på bästa sätt för att uppnå välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Den vård som bedrivs av en sjuksköterska skall rikta sig till den enskilda personen i fråga och vara personcentrerad. För att detta skall kunna genomföras behöver personalen dels ha kunskap om problem, tankar och upplevelser som patientgruppen i stort har samtidigt som den enskilda personens upplevelser måste inhämtas och ligga till grund för planerade omvårdnadsåtgärder (Walton, 2013).

Teoretisk referensram

Transition

Afaf Ibrahim Meleis (f. 1942) började under 1960-talet att utforma en transitionsteori (Im, 2018). Transition kan definieras på olika sätt där Meleis (2010) beskriver att en transition kan ses som en övergång mellan en relativt stabil fas till en annan relativt stabil fas. Den utlösande faktorn för denna övergång är en förändring såsom en kritisk händelse, miljöförändring eller en förändring på det individuella planet. Transitionen påverkas bland annat av individens förståelse, kunskapsnivå, färdigheter, tillgång till ny kunskap, emotionellt och fysiskt välbefinnande, planeringsförmåga, förväntningar, individuella resurser och de resurser som finns i närmiljön. Vid en transition förändras personens sociala relationer, förmågor eller förväntningar. Det finns tre typer av transitioner som är relevanta inom omvårdnad. Dessa är utvecklings-, situations- och hälsa-sjukdomstranstioner. Utvecklingstranstioner är de övergångar som sker under livscykel, till exempel att gå från tonåring till vuxen eller att bli förälder. Situationstranstioner berör livshändelser till exempel skilsmässor, giftermål eller bortgång av en nära anhörig. Hälsa-sjukdomstranstioner enligt Meleis (2010) innebär den övergång som sker då individen går från frisk till sjuk eller sjuk till frisk. Generellt kan en transition sägas ha tre faser: ingång, passage och utgång. Så fort en person blir medveten om

att en förändring i livet har påbörjats inleds transitionen. Hur lång tid detta tar varierar. Efter medvetenheten följer en tid då individen söker stöd, information, försöker finna nya livsvägar, ett nytt sätt att vara på, ändra tidigare aktiviteter och försöker förstå omständigheterna. Transitionen slutar sedan då personen är stabil i sin nya status. Hur länge en transition pågår varierar. Enligt Ternestedt och Norberg (2014) är transitioner inte statiska och tydligt avgränsade utan komplexa och dynamiska med svävande gränser.

Enligt Meleis (2010) möter sjuksköterskan personer som genomgår transitioner när transitionen rör hälsa, välbefinnande eller förmågan att ta hand om sig själv. Ett exempel på när en transition sker är vid livshotande sjukdom. Det är viktigt att som sjukvårdspersonal ha kunskap om transitioner och transitionsprocessen för att kunna hjälpa personer genom dem. Genom kunskap om transitioner kan sjuksköterskan ge en mer holistisk vård. En transition är ett personligt fenomen och upplevs olika av alla även om omständigheterna är lika. Transitioner är komplexa och flera olika transitioner kan pågå samtidigt. Sjuksköterskan möter också de personer som plötsligt och oväntat tvingats till en förändring. Det är då viktigt att förstå att transitioner kräver tid då personen bit för bit frigörs från sitt gamla jag och dess beteenden. Med transitioner följer även många känslor som till stor del kan kopplas samman med de utmaningar som finns under transitionen. Det är inte ovanligt att ångest, osäkerhet, frustration, depression, ambivalens och ensamhet förekommer. Gemensamt för transitioner är att de medför förändringar i identitet, roller, förmågor, relationer och beteendemönster. Då transitioner utmanar identiteten hos den som genomgår den medför detta att de är mer sårbara under transitionsprocessen (Meleis, 2010). Genom att utgå ifrån personens livssyn, upplevelser och situation kan vårdpersonal hjälpa personen som genomgår transitionen genom att främja den att integrera det som hänt i sin ”nya” identitet. Begreppet transition används inom omvårdnadsforskningen med syftet att belysa de identitetshot och den sårbarhet som följer av en transition (Ternestedt & Norberg, 2014).

KASAM – Känsla av sammanhang

Begreppet känsla av sammanhang, KASAM, formulerades av Aaron Antonovsky (1923–1994). En person med högre KASAM uppfattar och upplever sitt liv som meningsfullt, begripligt och hanterbart. Vid mödosamma situationer har personen högre potential att identifiera dess omfattning och förstå dess omfång. Hen kan använda sig av lämpliga resurser och se situationen som en utmaning för att på så sätt uppleva meningsfullhet (Antonovsky, 2005).

KASAM (Antonovsky, 2005) består av de tre centrala delarna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet syftar på hur personen uppfattar olika stimuli. Uppfattas de som tydliga, konkreta, strukturerade och sammanhängande eller som kaotiska, ostrukturerade, oväntade och slumpartade. Personen med hög begriplighet väntar sig att de stimuli hen kommer att ställas inför i framtiden går att förutsäga. Om de kommer plötsligt väntar sig personen att de kan förklaras eller lösas.

Hanterbarhet handlar om huruvida personen upplever att hen har resurser för att möta kraven som kommer från de stimuli hen möter i livet. Resurserna kan vara hens egna men även någon hen litar på, till exempel närstående såsom partner, vänner och kollegor. Resurserna kan också vara gud, en läkare eller en historisk händelse. En hög hanterbarhetskänsla hos

personen medför att hen inte upplever sig själv som ett offer för omständigheterna. Inte heller upplever hen att livet behandlar hen orättvist (Antonovsky, 2005).

Meningsfullhet kan ses som KASAM:s motivationselement. Med meningsfullhet menas till vilken grad personen upplever att det finns en känslomässig innebörd i livet, att det finns krav och problem i livet som är värda att investera engagemang, entusiasm och energi i. Kraven och problemen ses som välkomna utmaningar istället för laster hen gärna varit utan. Personen som känner hög meningsfullhet räds inte utmaningen som olyckliga händelser, till exempel ett dödsfall innebär. Istället söker hen en mening i det inträffade och försöker ta sig igenom det med stolthet (Antonovsky, 2005).

Begreppets tre delar är alla viktiga men olika centrala. Meningsfullhet anses vara den viktigaste följt av begriplighet och hanterbarhet. Vid situationer som är påfrestande kan en persons grad av KASAM förändras (Antonovsky, 2005). Detta kan till exempel ske vid ett sjukdomsbesked. Detta då livet kan framstå som meningslöst, obegripligt och ohanterbart. Ett positivt besked kan medföra att livet ter sig mer meningsfullt, begripligt och hanterbart. Efter en tid kommer personens grad av KASAM att gå tillbaka till individens ursprungliga nivå (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014).

Problemformulering

I dagens samhälle kan allt fler invånare utföra HLR. Detta i kombination med att det finns fler platser utrustade med hjärtstartare har gjort att antalet personer som överlever ett hjärtstopp är en ökande grupp i Sverige. Ett hjärtstopp är en stor livshändelse som kan antas påverka livet i stort för dem som överlevt. För att personer som varit med om ett hjärtstopp skall få så adekvat vård och stöd som möjligt är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om dessa personers upplevelse av hjärtstoppen. Detta för att sjuksköterskan skall arbeta efter evidens och tillgodose de behov som personen har. På grund av begränsad mängd kunskap är det av intresse att undersöka de drabbades upplevelser av ett hjärtstopp och dess inverkan på deras livskvalitet.

Syfte

Att beskriva personers upplevelser av ett hjärtstopp och dess inverkan på personernas livskvalitet.

Metod

Studien genomfördes som en allmän litteraturöversikt vilken Friberg (2017a) beskriver som lämplig att använda för att skapa en överblick över ett område samt för att sammanställa och beskriva aktuell forskning inom ett valt område. En allmän litteraturöversikt gör det då möjligt att svara på studiens syfte.

Först avsåg författarna att enbart studera personers upplevelse av ett hjärtstopp. På grund av en begränsad mängd forskning inom området utökades syftet till att beskriva upplevelser av ett hjärtstopp och dess inverkan på personernas livskvalitet.

Datainsamling

Informationssökningen inleddes med en inledande informationssökning. Friberg (2017b) förklarar denna inledande sökning som en metod för att få en uppfattning om litteraturen som finns på området för att sedan kunna gå vidare och göra en egentlig informationssökning. Under den egentliga informationssökningen sker en strukturerad sökning som genererar relevant litteratur till problemområdet (Friberg, 2017b).

Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna Cinahl, PubMed och Scopus. Dessa databaser användes då de enligt Östlundh (2017) är relevanta för omvårdnads- och vårdvetenskaplig informationssökning. För att finna relevanta sökord användes Cinahl Headings och Svensk MeSH. Sökorden *cardiac arrest*, *heart arrest*, *patient*, *patient**, *experience*, *experienc**, *quality of life*, *wellbeing* och *surviv** användes vid informationssökning. Sökoperatorm AND användes enligt boolesk söklogik för att binda ihop sökord och därigenom nå relevanta artiklar kopplade till söksträngen (Östlundh, 2017). Trunkering användes vid sökning då detta enligt Östlundh (2017) möjliggör en mer korrekt sökning där de olika böjningarna av sökordet inkluderas i träffbilderna. Begränsningar som gjordes vid sökning var *peer reviewed*, *research article* samt avgränsning i tid till 2012–2017. I Scopus användes också begränsningarna *nursing* och *article*. Avgränsningen *peer reviewed* gjordes då Östlundh (2017) menar att detta är ett sätt för att avgränsa och enbart få artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Begränsningen *research article* användes för att exkludera andra dokumenttyper såsom reviewartiklar. Avgränsning i tid gjordes för att få träffar som syftade till det aktuella forskningsläget (Östlundh, 2017). Sekundärsökningar gjordes genom att studera referenslistor vilket enligt Östlundh (2017) är en metod som är tillämpningsbar för att hitta adekvat information inom ett visst område. Sökningarna som gjordes i studien finns presenterade i en söktabell i bilaga 1.

Båda författarna genomförde artikelsökningen och sökningen pågick mellan 3–23 oktober 2017.

Urval

Valet av artiklar gjordes enligt Roséns (2017) beskrivning som innebär sovring på titel och om titeln ansågs relevant för studiens syfte lästes abstract. Om abstract var relevant lästes artikeln i sin helhet. För att vidare inkluderas i urvalsprocessen skulle artiklarna svara an på litteraturöversikt syfte, vara *peer reviewed*, original artiklar, ha en tydlig vetenskaplig struktur, vara skrivna på svenska eller engelska samt undersöka vuxna individer. Vetenskaplig struktur innebar att artikeln hade abstract, bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion. Kvalitetsgranskning av artiklarna gjordes med hjälp av Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmallar för kvalitativ respektive kvantitativ metod. Artikeln med mixad metod granskades med mallen för kvalitativ metod. För att inkluderas i studien skulle artiklarna uppnå hög eller medelkvalitet. Artiklar som exkluderades svarade inte på litteraturöversiktens syfte, hade en bristande vetenskaplig kvalitet eller saknade etiska ställningstaganden. De inkluderade artiklarna finns presenterade i en artikelöversikt i bilaga 2.

Slutligen valdes 12 artiklar ut där fem var kvalitativa, sex kvantitativa och en använde mixad metod. Studierna undersökte personer upp till 17 år efter hjärtstoppet.

Etiska ställningstaganden

Artiklarna som inkluderas i litteraturöversikten skulle vara etiskt granskade och etiskt godkända. Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) (2003) menar att omvårdnadsforskning vägleds av de etiska principerna: autonomiprincipen, godhetsprincipen, inte skada-principen och rättvisepincipen. Författarna till litteraturöversikten utgick därför ifrån dessa principer då artiklarna granskades. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) reglerar att personer som deltar i forskning skall ha delgivits information om forskningen och att deltagandet är frivilligt samt ha dokumenterat sitt samtycke. I alla inkluderade artiklar har deltagarna fått information och sedan givit sitt samtycke till deltagande. Elva artiklar var etiskt granskade och hade ett etiskt godkännande.

Dataanalys

Dataanalysen utfördes utefter Fribergs (2017a) metod för analys av vetenskapliga studier som innebär att båda författarna läste igenom artiklarna ett flertal gånger. En sammanställning av varje artikel gjordes sedan. Fynden i artiklarnas resultat som svarade på litteraturöversiktens syfte markerades. Fynden i varje artikel diskuterades författarna emellan och de som inte hade markerats av båda diskuterades för att nå konsensus om de var relevanta för litteraturöversiktens resultat eller inte. Resultaten från varje artikel sammanställdes, diskuterades och jämfördes mot varandra för att finna skillnader och likheter i studiernas resultat. De resultat som berörde samma sak sammanställdes till en subkategori. Analysen resulterade i fyra subkategorier och en kategori.

Resultat

Dataanalysen resulterade i en kategori och fyra subkategorier som presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Redovisning av kategori och subkategorier

Kategori	Subkategorier
Upplevelsen av hjärtstopp	Minnen av hjärtstoppet Känslor efter hjärtstoppet Tankar efter hjärtstoppet Inverkan på livskvaliteten

Upplevelsen av hjärtstopp

Minnen av hjärtstoppet

Resultatet visade att huruvida personer drabbade av hjärtstopp kommer ihåg vad som hänt varierar. Vissa uttryckte att de kom ihåg allt innan hjärtstoppet och allt som inträffade efter att de vaknat (Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad & Söderberg, 2014) medan andra inte kom ihåg något från en stund före händelsen. Det fanns även luckor i minnet vad gällde det som hänt när de vaknade upp (Bremer, Dahlberg & Sandman, 2009a; Forslund et al., 2014).

I den akuta fasen efter hjärtstoppet beskriver Bremer et al. (2009a) att de drabbade antingen förnekade eller tryckte undan det faktum att de nyligen varit med om något livshotande. Detta medförde att minnet av tiden runt hjärtstoppet upplevdes som osäker. De drabbade visste inte vad som var sant och inte. Det sågs som en stor förlust hos de drabbade att inte komma ihåg vad som hänt. Att vakna upp utan minne av vad som hänt resulterade i förlust av kontroll och en känsla av att vara blottad, sårbar och osäker. Minnesluckorna orsakade en känsla av att livet och händelsen skulle förbli osammanhängande samt att en viktig del av livet hade gått förlorad. För att uppnå en känsla av sammanhang och på så sätt kunna hantera situationen de befann sig i på ett bättre sätt, var det viktigt att hålla fast vid de tydliga minnesbilderna (Bremer et al., 2009a).

Oberoende av hur mycket personerna, som drabbats av ett hjärtstopp, kom ihåg var behovet av information kring vad som hade hänt stort (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2014). Det var viktigt att få information om vad som hade hänt av personer som varit närvarande vid hjärtstoppet samt tagit hand om dem de första dagarna. Om det var någon annan som försökte fylla i luckorna ansåg de som överlevt att detta var kränkande. Det sågs också som mycket positivt om vårdpersonal som behandlat dem i det inledande skedet av hjärtstoppet kom och hälsade på för att se hur det hade gått för dem (Forslund et al., 2014).

Känslor efter hjärtstoppet

De som överlevt kände sig lyckligt lottade och var tacksamma (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2014; Forslund, Lundblad, Jansson, Zingmark & Söderberg, 2013; Ketilsdottir, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir, & Jonsdottir, 2014). De var även tacksamma över att ödet och turen var på deras sida samt att människorna runt omkring hade adekvat kompetens för den akuta situationen (Ketilsdottir et al., 2014). En tacksamhet till de personer som räddat deras liv uttrycktes i studierna av Bremer et al. (2009a), Forslund et al. (2013) och Forslund et al. (2014). Deltagarna i studien av Forslund et al. (2014) uttryckte ett stort förtroende och en känsla av att vårdpersonalen gjort allt de kunnat för dem. Att ha överlevt hjärtstoppet sågs som en andra chans, tiden för att dö var inte kommen.

Många kände skuld över att de ignorerat symtomen före hjärtstoppet. Detta ledde till besvikelse och självanklagelse då de inte gjorde något för att förhindra den livsomvälvande händelsen. Det var även svårt att hantera överraskningen i att plötsligt ha varit nära döden. Svårigheter med att hantera överraskningen fanns både hos dem som upplevt symtom på hjärtstoppet och hos dem som inte gjort det. Hos dem som inte hade upplevt några varningssignaler innan hjärtstoppet inträffade uttrycktes förvåning över att de drabbats av ett hjärtstopp (Bremer et al., 2009a). En osäkerhet och rädsla för att inte kunna tolka och förstå de tidiga symtomen på ett nytt hjärtstopp uppmärksammades av de drabbade (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014).

De som överlevt ett hjärtstopp kände oro (Forslund et al., 2014) och rädsla över att drabbas av ytterligare ett hjärtstopp (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2013; Ketilsdottir et al., 2014). Rädslan över att på nytt drabbas gjorde att personerna kände sig maktlösa och utsatta då de inte kunde ta livet för givet (Bremer et al., 2009a). Den starka, konstanta rädsla som överlevare kunde uppleva efter det som drabbat dem liknades vid att bära på en stor tyngd. Rädslan påverkade det vardagliga livet både vad gällde arbete och relationer (Palacios-Ceña, Losa-Iglesias, Salvadores-Fuentes & Fernández-de-las-Peñas, 2011). Att bli medveten om sin

egen sårbarhet genom förståelse för hur nära döden hade varit ledde till existentiell osäkerhet som påverkade det dagliga livet (Bremer et al., 2009a).

Ångest och depression

Det var inte ovanligt att drabbade nekade till att de kände sig rädda eller hade ångestproblematik. Från deras berättelser framgick det dock att dessa problem förekom (Ketilsdottir et al., 2014). Enligt Lilja et al. (2015) hade 27% depression, ångest eller både och sex månader efter hjärtstoppet. I studien var ångest vanligare än depression. Ångest var tre gånger mer vanligt hos kvinnor jämfört med män, ingen skillnad kunde ses för depression (Lilja et al., 2015). Ett år efter hjärtstoppet förekom ångest eller depression hos 15% i Moulaert, van Heutgen, Gorgels, Wade och Verbunts (2017) studie. Majoriteten av de unga vuxna som deltog i Deasy, Bray, Smith, Harriss, Bernard & Camerons (2013) studie uppgav att de led av måttlig till svår ångest efter hjärtstoppet. I Smith, Andrew, Lijovic, Nehme och Bernards (2015) studie uppgav en tredjedel att de hade ångestproblematik. Över tid kunde ingen förändring vad gällde ångest och depression efter hjärtstopp ses (Larsson, Wallin, Rubertsson & Kristofferzon, 2014; Moulaert et al., 2017). Samband mellan ålder och ångest kunde ses i studien av Lilja et al. (2015) där förekomsten av ångest ökade varje levnadsår. En signifikant skillnad mellan män och kvinnors psykiska hälsa sågs i studien av Wallin, Larsson, Rubertsson och Kristofferzon (2014) där män var mer tillfredsställda med sin psykiska hälsa.

Uren och Galdas (2015) studie visade att män som drabbats av hjärtstopp kunde uppleva en stor påverkan på sitt känslomässiga välbefinnande. Speciellt den första tiden efter utskrivning rapporterades ångest, osäkerhet, stress och förvirring hos männen som överlevt. Känslorna grundades i en oro för hur deras roll skulle förändras och om de i framtiden skulle kunna göra alla de åtaganden som de tidigare utfört. De olika känslorna som upplevdes ledde till oro (Uren et al., 2015). Ångesten kunde även grunda sig i svårigheter att ta in vad som hänt och att inte veta hur detta kan komma att påverka senare i livet (Bremer et al., 2009a). Ångesten som överlevarna kände medförde att de den första tiden efter utskrivning gjorde det mesta tillsammans med sin partner. I takt med att livet återgick till det mer normala minskade ångesten (Forslund et al., 2014).

Tankar efter hjärtstoppet

Hjärtstoppet medförde att de överlevande fick en ny syn på livet. Saker de tidigare tagit för givet såg de nu på ett nytt sätt (Ketilsdottir et al., 2014). De som drabbats av ett hjärtstopp och på så vis varit nära döden uppgav att de hade blivit nya personer med en ny syn på livet och att de efter händelsen lärt sig att leva igen (Palacios-Ceña et al., 2011). Enligt Forslund et al. (2013) framkom det att de som drabbats av ett hjärtstopp inte längre tog sitt välmående för givet. Detta gjorde att de ville använda tiden då de mådde bra till att göra saker de tyckte om och såg en mening i att göra. Även deltagarna i Ketilsdottir et al. (2014) beskriver att de omprioriterade livet för att kunna leva mer hälsosamt med mindre stress. Deltagarna i studien gjord av Bremer et al. (2009a) uttryckte att det nya livet sågs som skrämmande då det innebar att vissa förändringar kring synen på sig själv behövde göras. Omvärderingar gällande identitet, sitt sammanhang och meningen med livet var saker som behövde förändras för att passa in i det nya livet.

Huruvida hjärtstoppet var en nära-döden-upplevelse varierade. Deltagarna i studien av Palacios-Ceña et al. (2011) såg det som en nära-döden-upplevelse medan de i Forslund et al. (2014) inte hade haft några nära-döden-upplevelser, religiösa uppenbarelser, upplevelser av tunnlrar eller ljus under tiden innan cirkulationen åter blev stabil. I studien av Palacios-Ceña et al. (2011) förändrade personernas upplevelser av hjärtstoppet och den nära-döden-upplevelse det innebar deras relation till döden. Attityden förändrades och personerna såg döden som något som kommer att hända och var på så vis tvungna att lära sig leva med den. För att klara av att leva med döden så nära inpå var det viktiga att hålla fast vid hemmet och jobbet. I studien av Forslund et al. (2014) uttryckte deltagarna att de trots en ökad medvetenhet om döden inte upplevde någon ångest eller oro för att den skulle inträffa. Istället beskrevs den som något som inträffar snabbt och att det känns som att svimma. I studien gjord av Palacios-Ceña et al. (2011) uttryckte deltagarna en avsaknad av hjälp och verktyg för att hantera den kommande döden och den osäkerhet denna skapade. Avsaknaden av att prata om döden och hur de skall förhålla sig till den skapade mer ångest för deltagarna då det ledde till ovisshet.

Efter att ha överlevt ett hjärtstopp tvingades de drabbade att möta ett nytt liv, ett liv där det upplevda välmåendet och lidandet berodde på i vilken utsträckning den nya kroppen var accepterad. Den kroppsliga funktionen var en del i detta. En försämrad kroppsfunction ledde till känslor av sorg och ilska som i sin tur ledde till isolering, begränsningar och utanförskap (Bremer et al., 2009a). Efter händelsen såg de drabbade fram emot att livet skulle återgå till det normala så att de kunde ägna sig åt aktiviteter de tidigare tyckt om (Forslund et al., 2014). Samtidigt kunde de drabbade vara rädda för vissa aktiviteter, till exempel fysisk träning och aktiviteter på egen hand (Forslund et al., 2013). De kunde även efter utskrivning från sjukhus känna en rädsla över att inte veta sina begränsningar gällande vardagliga aktiviteter och träning (Ketilsdottir et al., 2014). I en studie där enbart män deltog uttryckte männen att de förstod att de under återhämtningen inte längre kunde göra alla de fysiska aktiviteter de gjort innan, såsom att lyfta tungt eller träna på lika hög nivå. Detta utmanade deras manliga identitet då de identifierade den med spänst och styrka. Även om de rapporterade att de förstod att vissa fysiska begränsningar förelåg hade de ingen förståelse för omfattningen av dessa begränsningar och denna osäkerhet genererade frustration (Uren et al., 2015), existentiell osäkerhet och tvivel på den egna kroppsformågan. Detta kunde leda till större försiktighet eller i vissa fall passivitet (Bremer et al., 2009a). Detta gjorde att en önskan om mer information från sjukvårdspersonalen kring vad de får och inte får göra fanns (Uren et al., 2015). Att låta rädslan styra sågs dock inte som hållbart i längden utan de beslutade sig för att inte låta sig begränsas av den. De kunde inte slösa tid på att oroa sig för saker de inte kunde göra något åt om det väl inträffade (Forslund et al., 2013).

I studien av Uren et al. (2015) önskade männen att fortsätta leva som vanligt efter hjärtstoppet. Män kunde dock få ett sämre utfall efter ett hjärtstopp då de försökte leva upp till stereotypen att män är starka och inte skall visa sin svaghet. Detta då de väntade längre innan de sökte vård. Trots den allvarliga händelse ett hjärtstopp är ändrade inte alla män sitt synsätt utan fortsatte att upprätthålla stereotypen om den starka mannen (Ketilsdottir et al., 2014). Några män i Uren et al. (2015) omformade sina identiteter och tog kontroll över situationen för att skydda sin manlighet. Männen tyckte att det var svårt att förhålla sig till begränsningen att inte få köra bil. Att de inte fick köra bil gjorde att de var tvungna att förlita sig på familj och vänner vilket minskade deras självständighet. Om det var mannen som normalt ansvarade för bilkörningen före hjärtstoppet sågs det som en inskränkning på hans personlighet och kunde i vissa fall leda till dåligt humör (Uren et al., 2015).

Söka mening

Som en följd av oron för att på nytt drabbas av ett hjärtstopp sökte många svar på varför just de drabbats (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2013; Forslund et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011). Även frågor gällande hur det kunde inträffa och varför det inträffade när det gjorde fanns. Frågorna uppkom då de ville få klarhet i om de själva bar något ansvar för det som hänt (Palacios-Ceña et al., 2011). Även frågor såsom varför de inte kunde minnas något av händelsen, varför de överlevde samt hur nära döden de varit fanns (Bremer et al., 2009a). För att försöka finna svar på varför de drabbats såg de tillbaka på och reflekterade över sitt tidigare liv (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2014). Där en bakomliggande orsak återfanns försökte de genomföra livsstilsförändringar för att eliminera risken att drabbas på nytt (Forslund et al., 2013). Hos de som tidigare haft ohälsosamma levnadsvanor uttryckte somliga ingen förvåning över att de drabbats. Detta då de var medvetna om att deras livsstil var ohållbar (Forslund et al., 2013). Skuld känslor över tidigare levnadsvanor kunde upplevas hos dem med ohälsosamma levnadsvanor före hjärtstoppet (Bremer et al., 2009a). Det fanns ett behov av information kring vad de skulle göra för att minska risken att drabbas på nytt (Ketilsdottir et al., 2014) och bibehålla en god hälsa (Forslund et al., 2014). De som inte återfann någon orsak till hjärtstoppet i tidigare levnadsvanor tenderade att fortsätta söka efter orsaker till det som hänt (Bremer et al., 2009a).

Förmåga att hantera situationen

Hur personer hanterade de känslor som uppstod i samband med och efter ett hjärtstopp varierade. I studien av Forslund et al. (2014) uttryckte deltagarna att det var viktigt att prata med närstående om vad som hänt. Detta då det var ett sätt för dem att bearbeta det som hänt. Majoriteten av männen i Uren et al. (2015) talade inte gärna om sina känslor med varken familj eller vänner då de inte ville oro sina familjemedlemmar samt att de trodde att de inte var intresserade av att veta. Fruarna var den största källan till känslomässigt stöd. Männen ville definitivt inte prata om sina känslor med sjukvårdspersonal och uttryckte ett motstånd till att delta i stödgrupper och ta hjälp av professionella för att bearbeta det som hänt. Detta då de ansåg att det stred mot deras manlighet. Detta gällde dock inte alla, de som hade deltagit i någon grupp eller fått professionell hjälp uttryckte att detta var något positivt som ledde till kontroll och ett egenansvar över sin rehabilitering (Uren et al., 2015). I studierna av Ketilsdottir et al. (2014) och Palacios-Ceña et al. (2011) uttryckte de drabbade behov av att finna personer som hade varit med om liknande händelser. Detta för att ha någon att dela sina upplevelser med (Ketilsdottir et al., 2014) samt att de annars kände sig ensamma och som främlingar (Palacios-Ceña et al., 2011).

För att uppnå trygghet uttryckte deltagare i studien av Ketilsdottir et al. (2014) att det var viktigt att regelbundet få möjlighet att gå på uppföljande kontroller av hjärtat för att veta att det fungerade som det skulle. De uttryckte också vikten av att få vägledning av vårdpersonal samt att få tillgång till all den hälso- och sjukvård de behövde. Deltagare i Palacios-Ceña et al. (2011) uttryckte ett problem i att inte den personal som vårdat dem under sjukhusvistelsen följde upp dem sedan utan att det gjordes av någon annan. Detta gjorde att de kände sig försummade av vårdpersonalen som vårdat dem under sjukhustiden.

För att kunna hantera känslorna som uppstod användes olika strategier. De drabbade sökte bland annat efter hjärtstoppets mening. Känslorna trycktes undan i det vardagliga livet vilket

ledde till välbefinnande. Även tankar kring vardagslivet och vad som ledde till välbefinnande var en strategi för att hantera de starka känslorna (Bremer et al., 2009a). Deltagare i studien av Ketilsdottir et al. (2014) hanterade sin rädsla för att drabbas av ett nytt hjärtstopp genom att kontinuerligt kontrollera sitt blodtryck samt genom att alltid ha med sig mobiltelefonen om något skulle inträffa. Ytterligare en strategi var att fokusera på att fortsätta framåt i livet (Palacios-Ceña et al., 2011). Många använde sarkasm och humor för att lätta upp stämningen och på så vis skydda sig själva. De starka och svåra känslorna minskade med tiden men försvann inte. Synen på livet och attityden hos de drabbade blev dock mer positiv samtidigt som de såg nya möjligheter (Ketilsdottir et al., 2014). Att skratta och ha roligt sågs som två viktiga komponenter i livet. Det var även viktigt att inte oroa sig utan att försöka vara positiv med en glad attityd och se möjligheter istället för problem och svårigheter (Forsslund et al., 2013).

Sociala relationer

Hjärtstoppet ledde till ett uppvaknande och en omprioritering av livet. Personerna valde att umgås med familj och vänner och prioriterade bort relationer som inte var givande (Forsslund et al., 2013; Ketilsdottir et al., 2014). I relationen till familjen kunde de finna trygghet och stöd (Bremer et al., 2009a). Även en känsla av säkerhet i relationen till att umgås med familjen förekom (Ketilsdottir et al., 2014). I relationen med familjen upplevde deltagarna att de behövdes och betydde något för andra samt att de fann sin identitet och kände sig hela (Forsslund et al., 2013).

En oro över hur hjärtstoppet påverkat familjen uttrycktes bland de som drabbats av hjärtstopp (Bremer et al., 2009a; Ketilsdottir et al., 2014). Även hur begränsningarna i exempelvis fysisk förmåga som kan följa efter ett hjärtstopp skulle komma att påfresta de anhöriga fanns det en oro för. Oron kunde uttryckas i nära anslutning efter hjärtstoppet men även senare i livet (Bremer et al., 2009a). Att möta människor som närvarat vid hjärtstoppet medförde en tvekan hos vissa. Detta på grund av skuld och skam över att de utsatt dem för en dramatisk händelse och orsakat dem stor oro. Det var även svårt att hantera möten med främmande människor som visste vad som hade hänt och frågade hur de mådde (Forsslund et al., 2014).

Familjen gjorde att överlevare kände sig lyckliga samt gav dem motivationen att ändra vanor som eventuellt kunde leda till försämrad hälsa. Även ett behov av att förhindra att barnen drabbas av hjärtproblem uttrycktes då de förespråkade att barnen skulle uppsöka vården för att kontrollera sin hälsa (Forsslund et al., 2013). I en studie gjord av Palacios-Ceña et al. (2011) uppgav mammorna som deltog i studien att de hade svårt att förhålla sig till döden då döden skulle innebära att de skildes från sina barn. Kvinnorna i denna studie uttryckte också en avsaknad av information kring möjligheten att bilda familj och få barn. Denna avsaknad påverka kvinnorna på så sätt att de i vissa fall inte vågade leva det liv de önskade leva.

Genom hjärtstoppet blev de som överlevt medvetna om sin dödlighet och att de borde leva livet när de har möjlighet. Efter att ha upplevt döden på nära håll funderade de mer på sin egen död och hur nära och kära skulle reagera och hantera den (Bremer et al., 2009a; Forsslund et al., 2014). Dessa tankar gjorde att många ville förbereda praktiska saker inför sin kommande död såsom att förbereda familj och bekanta på vad som kan hända, ordna ekonomiska ärenden (Palacios-Ceña et al., 2011), sälja huset och rensa bland tillhörigheter

som inte längre användes (Forslund et al., 2014). Att lösa problem inom familjen sågs också som angeläget (Palacios-Ceña et al., 2011).

Inverkan på livskvaliteten

Huruvida ett hjärtstopp inverkade på en persons livskvalitet varierade. Deasy et al. (2013) fann i sin studie att majoriteten av vuxna i åldrarna 18–39 år hade en god livskvalitet efter hjärtstoppet. Enligt Wallin et al. (2014) var de flesta tillfreds med livet sex månader efter hjärtstoppet. I en studie av Moulaert et al. (2017) sågs en ökning i livskvaliteten under det första året efter hjärtstoppet. Den största skillnaden sågs de första tre månaderna med en viss förbättring upp till tolv månader.

I studien av Larsson et al. (2014) påvisades en förbättring av HRQOL hos personer drabbade av hjärtstopp mellan utskrivning och sex månader efter hjärtstoppet. Smith et al. (2015) såg inte någon signifikant skillnad i HRQOL mellan personer som fått hjärtstopp och en jämförbar grupp australiensare. Drygt hälften av deltagarna hade en minskad HRQOL ett år efter hjärtstopp samtidigt som 20% uppgav en förbättrad HRQOL jämfört med hur det var innan hjärtstoppet. Signifikanta skillnader kunde ses hos kvinnor och yngre personer (18–44 år) gällande den fysiska aspekten på HRQOL jämfört med den australiensiska populationen då HRQOL var lägre hos dessa två grupper. För de yngre personerna var skillnaderna även signifikanta för den psykiska aspekten av HRQOL. Hos de som inte uppnådde en god HRQOL efter händelsen sågs hög ålder, icke defibrillerbar rytm, inte fått hjärtstopp på allmän plats samt att hjärtstoppet förmodligen inte orsakats av hjärtsjukdom som inverkan faktorer (Smith et al., 2015).

Depression och ångest påverkade HRQOL negativt hos dem som överlevt hjärtstopp. Ångest och depression påverkade HRQOL på det psykiska planet medan det fysiska planet påverkades mer av depression (Lilja et al., 2015). Ett samband mellan HRQOL, depression och ångest kunde ses i studien av Larsson et al. (2014) då högre HRQOL medförde mindre ångest och depression. Detta samband var starkast mellan HRQOL och depression sex månader efter hjärtstoppet.

Diskussion

Metoddiskussion

En allmän litteraturöversikt genomfördes med syfte att beskriva personers upplevelser av ett hjärtstopp och dess inverkan på personernas livskvalitet. Begränsningar finns dock i detta arbetssätt enligt Friberg (2017a) då en begränsad mängd forskning studeras vilket kan leda till att en korrekt bild av området inte beskrivs. Litteraturöversikten avsåg först att enbart undersöka personers upplevelse av ett hjärtstopp men på grund av en begränsad mängd forskning på detta område valde författarna att även studera hjärtstoppets inverkan på personens livskvalitet. Författarna tittade inte på alla faktorer som inverkar på livskvaliteten då detta i förhållande till tidsramen upplevdes för stort. Detta är en begränsning då en djupare förståelse för vad som påverkar livskvaliteten hos de personer som överlevt ett hjärtstopp skulle kunna nås genom att titta på alla delarna av livskvalitet.

Olika databaser användes för att finna relevanta artiklar. Detta beskriver Henricson (2017)

som en styrka då det ger större möjlighet att hitta fler relevanta artiklar på det valda området, sensitiviteten ökar. Även sekundärsökningar genomfördes vilket stärker översiktens kvalitet då Östlundh (2017) menar att sekundärsökningar är nödvändiga att göra för att få fram ett korrekt resultat utan att missa relevant litteratur på det valda området.

Samma artiklar framkom vid flera olika sökningar med olika ord vilket enligt Henricson (2017) ökar en studies sensitivitet. Då hjärtstopp översattes med hjälp av Svensk MeSH gavs sökordet heart arrest, detta föreslogs även i Cinahl Headings. Sökningar med sökordet cardiac arrest genererade dock fler relevanta träffar. Detta gjorde att detta sökord användes mer frekvent vid sökningar. Att addera OR mellan sökorden heart arrest och cardiac arrest genererade i en bred sökning med många träffar. Därför valde författarna att i de flesta sökningarna använda sökordet cardiac arrest. Trots en hög sensitivitet kan artiklar ha missats när cardiac arrest användes istället för heart arrest. De stora antalet sökträffar vid användning av de båda orden kombinerade med OR visar på att det eventuellt kan finnas fler relevanta artiklar som inte inkluderades i denna studie då sökning på detta sätt uteslöts. Sökordet wellbeing användes för att försöka få en mer kvalitativ infallsvinkel på livskvalitet men resulterade inte i några valda artiklar.

Författarna strävade efter att enbart inkludera studier från de senaste fem åren. Trots detta inkluderades artiklar som var äldre än fem år i litteraturöversikten. Detta på grund av en begränsad mängd forskning på personers upplevelse av hjärtstopp samt att författarna ansåg att personers upplevelser fortfarande är valida och relevanta.

Olsson och Sörensens (2011) granskningsmallar för kvalitativ respektive kvantitativ studie användes för att få en likvärdig granskning mellan kvalitativa respektive kvantitativa studier. Poängsystemet som användes i båda mallarna gjorde att det var enkelt att få en statistisk överblick över kvaliteten på studierna där också kvalitetsgraderna från de två granskningsmallarna kunde jämföras med varandra då de är uppbyggda på samma sätt. Granskningen genomfördes gemensamt och diskuterades författarna emellan för att säkerställa att en så korrekt granskning som möjligt gjordes. Detta är något som enligt Henricson (2017) stärker litteraturöversiktens reliabilitet. Enbart artiklar som uppnådde medel eller hög kvalitet i kvalitetsgranskningen inkluderades. Detta styrker litteraturöversiktens kvalitet och minskar risken för att missvisande eller icke vetenskapligt förankrade resultat inkluderades i översikten. Studien av Forslund et al. (2013) använde sig av mixad metod. Denna artikel granskades med mallen för kvalitativa studier. Detta gjordes då största delen av studien var kvalitativ. Det var också denna del av studien som var mest relevant till litteraturöversiktens resultat vilket gjorde valet av att använda sig av mallen för kvalitativa studier relevant.

Dataanalysen genomfördes i första steget separat av författarna för att sedan jämföras med varandra och där olikheter fanns skedde en diskussion kring vad som var intressant för litteraturöversiktens syfte. Detta förfarande styrker metodens kvalitet enligt Henricson (2017) då det genererar en säkrare tolkning av studiernas resultat. Där olika uppfattningar uppstod skedde en dialog som möjliggjorde att relevant information till litteraturöversiktens syfte kunde inkluderas och irrelevant information exkluderas.

I litteraturöversikten inkluderades 12 artiklar med studier gjorda i Australien, Danmark, Island, Italien, Kanada, Nederländerna, Spanien, Storbritannien och Sverige. Detta är länder

med en välutvecklad sjukvård vilket innebär att resultatet skulle kunna appliceras på svensk sjukvård. Skillnader i sjukvårdsutformningen finns dock vilket kan ha inverkat på studiedeltagarnas upplevelser som i sin tur kan påverka litteraturöversiktens resultat.

Ett stort bortfall kan leda till ett mindre trovärdigt resultat men behöver inte alltid göra det (Billhult, 2017). I flertalet av studierna var det ett större bortfall. Detta berodde på att alla som mötte inklusionskriterierna inte längre var vid liv, funktionsnedsättningarna var för allvarliga eller att de avböjde att delta. De som studerades i de studier som inkluderades i litteraturöversikten var då de med bättre utfall och som inte hade drabbades av större skador och funktionsförluster. Detta kan medföra att resultatet inte är representativt för alla som har drabbats av ett hjärtstopp. I studierna undersöktes fler män än kvinnor men då fler män än kvinnor drabbas av hjärtstopp (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2017) anses grupperna som undersökts representativa.

Enligt Henricson (2017) stärks en litteraturöversikts validitet om de inkluderade artiklarna har samma studiedesign. En nackdel i denna studie kan då vara att både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades då studierna som behandlade personers upplevelse hade en kvalitativ design medan de som undersökte livskvalitet efter hjärtstopp använde sig av en kvantitativ design. Studierna som behandlade livskvalitet använde liknande mätinstrument och design. Detta kan också ses hos de kvalitativa studierna då datainsamlingen genomfördes på liknande sätt i de olika studierna vilket kan ses som en styrka.

Författarna har i arbetet med litteraturöversikten eftersträvat ett objektiva förhållningssätt för att stärka studiens validitet. En av författarna till denna litteraturöversikt arbetar på en kardiologavdelning där den studerade patientgruppen vårdas. Författaren har dock vårdat få personer som haft hjärtstopp. En viss förförståelse förelåg dock vilken kan ha påverkat studiens resultat.

Omvårdnadsforskning skall enligt SSN (2003) ledas av de fyra etiska principerna. Genom att utgå ifrån dessa principer säkerställs och skyddas studiedeltagares autonomi och integritet samt att forskningen gör nytta och bidrar med kunskap utan att skada deltagare. De säkerställer även att alla behandlas rättvist. Efter granskning av artiklarna anser författarna att de följde dessa principer. Alla artiklar som inkluderades i litteraturöversikten skulle vara etiskt granskade och godkända. Artikeln av Bremer et al. (2009a) var inte detta. Detta då de hänvisade till att de enligt lag inte behövde detta. De följde dock Helsingforsdeklarationen som enligt Kjellström (2017) är den riktlinje inom området klinisk medicinsk forskning med mest inflytande vilket tillsammans med det faktum att de enligt lag inte behövde etiskt godkännande medförde att författarna inkluderade den i litteraturöversikten. Genom att hänsyn tas till etiska principer och att etiska överväganden görs kan den vetenskapliga kvaliteten på litteraturöversikten öka (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Resultatdiskussion

Det framkom i litteraturöversiktens resultat att många känslor uppkom efter ett hjärtstopp. De mest framträdande var oro och rädsla över att på nytt drabbas av ett hjärtstopp. Detta medförde att frågan varför hjärtstoppet hade inträffat var en central fråga som personerna sökte svar på i efterförloppet. I resultatet framkom det att närstående var en källa till trygghet och relationen till dem prioriterades efter hjärtstoppet. Det visade sig också att hjärtstoppet

ledde till en ny syn på livet, sig själv och sin identitet.

Känslor och tankar efter hjärtstopp

Efter hjärtstoppet omprioriterade de drabbade livet och närstående blev viktigare (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2013; Ketilsdottir et al., 2014). Det fanns en oro för att belasta sina anhöriga på grund av fysiska begränsningar (Bremer et al., 2009a) samt en skam över att de utsatt sina närstående för en traumatisk händelse när de fick sitt hjärtstopp (Forslund et al., 2014). I en studie gjord av Wallin, Larsson, Rubertsson, och Kristofferzon (2013) där de undersökte närståendes upplevelse av en anhörigs hjärtstopp uttryckte närstående att upplevelsen av sin anhörigs hjärtstopp var traumatisk och skapade en känsla av hjälplöshet. Detta var också något som anhöriga i studien av Bremer, Dahlberg och Sandman (2009b) uttryckte då de kände sig otillräckliga i det akuta skedet vilket ledde till rädsla och chock. Större belastning på anhöriga hade uppkommit på grund av fysiska svårigheter hos de som drabbats av hjärtstopp vilket då gjorde att de som anhörig fick ta ett större ansvar. I studien av Wallin et al. (2013) uttryckte anhöriga ett förändrat tankesätt kring familjen där familjebanden hade blivit starkare. Många av de tankar och känslor som framkom i denna litteraturöversikt visar Bremer et al. (2009b) och Wallin et al. (2013) att också anhöriga delar. Detta visar på att hjärtstoppet inte enbart påverkar patienten utan även dennes anhöriga. Detta är då något som är viktigt för sjuksköterskan att tänka på. Tid och resurser måste läggas på de anhöriga då de kan må dåligt och lida i samband med att deras närstående drabbas av ett hjärtstopp. Detta är något som sjuksköterskan måste göra enligt lag då anhöriga enligt patientlagen (SFS 2014:821) skall få möjligheten att vara delaktiga i den vård som ges. Anhöriga skall också enligt Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016) tillhandahållas information och erbjudas hjälp om det finns behov av detta.

I studierna av Bremer et al. (2009a), Forslund et al. (2014), Forslund et al. (2013), Ketilsdottir et al. (2014) och Palacios-Ceña et al. (2011) framkom det att personerna kände en oro över att drabbas av ett nytt hjärtstopp. I studien av Forslund et al. (2014) uttrycktes en medvetenhet om att döden skulle komma att inträffa men detta gjorde dem inte oroliga eller ångestfyllda. Detta var också något som Van Lommel, Van Wees, Meyers och Elfferich (2001) upptäckte i sin studie då deltagarna uttryckte att de inte var rädda för den kommande döden. En fråga som väcks är då vad de är rädda för vad gäller att drabbas av ett nytt hjärtstopp om de inte är rädda för att dö. Denna oro och orsaken till denna oro är något som sjukvårdspersonal kan behöva bemöta och arbeta med. En legitimerad sjuksköterska skall enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) lindra lidande. Att gå runt och känna en ständig oro kan skapa ett lidande som kan behöva professionell hjälp. Denna känsla är också något som behöver arbetas med för att en person skall kunna känna sig helt tillfreds med livet efter hjärtstoppet.

Transition och KASAM efter hjärtstopp

En transition definieras som en övergång mellan ett relativt stabilt tillstånd till ett annat tillstånd som är relativt stabilt. Övergången utlöses av någon form av förändring. I transitionen utmanas identiteten (Meleis, 2010). Hos de som överlevt ett hjärtstopp kan det ses att hjärtstoppet initierar transitioner där en hälsa-ohälsa-transition är den mest framträdande. Då sjuksköterskan möter en person som genomgår en transition efter ett hjärtstopp är det viktigt att hen är medveten om att personen har en ökad sårbarhet. Genom kunskap om transitioner kan vården sjuksköterskan ger bli mer holistisk och hen kan hjälpa

personen att bli mer trygg i sin nya identitet där den gamla identiteten är en del. Viktigt att poängtera är dock att alla upplever en transition olika även då omständigheterna varit lika (Meleis, 2010). Alla som har överlevt ett hjärtstopp upplever sin transition på sitt eget sätt vilket sjuksköterskan behöver vara medveten om då de kan ha olika behov av hjälp och stöd för att ta sig igenom transitionen. I studierna av Forslund et al., (2013) och Ketilsdottir et al., (2014) framkom det att familjen blev allt viktigare efter hjärtstoppet samtidigt som mindre givande relationer bortprioriterades. Detta visar på att en transition på det sociala planet kan ses hos dem som överlevt ett hjärtstopp. Detta är något som inte är ovanligt enligt Meleis (2010) då en transition leder till relationsförändringar. Detta styrks av Kean, Salisbury, Rattray, Walsh, Huby och Ramsays (2017) studie som visade att personer som på grund av sitt tillstånd krävt intensivvård och överlevt genomgått flera olika transitioner, däribland sociala.

Enligt Meleis (2010) är det en tid under transitionen då den som går igenom den söker efter information och stöd och försöker förstå omständigheterna. Litteraturöversiktens resultat visade att de som har överlevt ett hjärtstopp försöker förstå hur och varför de drabbats (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2013; Forslund et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011) samt att de vill ha information (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011). Detta resultat visar återigen på att personer som varit med om ett hjärtstopp går igenom en transition. Det visar också på att personerna har behov av att få svar på frågan varför och få sitt informationsbehov mättat för att kunna gå igenom transitionen på ett bra sätt. Detta ställer då krav på sjukvårdspersonalen då de behöver tillmötesgå dessa behov.

En del i att uppnå KASAM är att känna att en situation kan hanteras med de resurser som finns till förfogande. Detta kan vara de egna resurserna men människor runt omkring kan också användas för att kunna hantera en situation (Antonovsky, 2005). Hur personerna hanterade det som hänt varierade. I studierna av Bremer et al. (2009a) och Ketilsdottir et al. (2014) framkom det att familjen var mycket viktig för att känna trygghet och kunna hantera det som hänt. Andra såg ett behov av att prata med andra som varit med om något liknande för att kunna hantera det som hänt (Ketilsdottir et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011) medan andra valde att bearbeta det inom sig (Uren et al., 2015). Detta visar på att hur personer hanterade situationen varierade. Vissa använde sig av de egna resurserna medan andra använde personer runt omkring och de resurser de besatt för att kunna hantera sin situation. Vilket sätt som används för att hantera en situation är inte det viktiga utan det viktiga är att resurser finns för att kunna hantera en situation. Enligt Antonovsky (2005) kan brist på resurser leda till lägre KASAM och att meningen med livet kan vara svårt att se.

De som drabbats av ett hjärtstopp hade i efterförloppet många frågor som de önskade få besvarade. Den centrala frågan var varför just de hade drabbats (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2013; Forslund et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011). Detta kan kopplas till KASAM:s meningsfullhet. Där meningsfullhet leder till att meningen med livet kan ses och en känsla av att det är värt att lägga ner energi på livet trots att det kan vara svårt. Om inte meningen kan identifieras kan det leda till en känsla av att det inte är värt att lägga ner någon kraft och energi för att ta sig igenom det som hänt. Meningsfullhet ses som den viktigaste komponenten för att uppnå KASAM (Antonovsky, 2005). Detta visar på att det är viktigt att dessa personer får så bra och ingående svar på sina frågor som möjligt. Sjukvårdspersonal har en skyldighet enligt patientlagen (SFS 2014:821) att ge information angående en persons

hälsotillstånd, i detta ingår då att tala om vad som orsakat hälsoproblemet om det är möjligt att identifiera. Att delge personen som drabbats av ett hjärtstopp denna information är då viktigt för att de skall kunna se meningen i det som hänt och på så sätt finna viljan till att ta sig igenom de eventuella svårigheter som kan ha uppstått. Enligt Svenska rådet för hjärt-lungräddnings (2016) riktlinjer vad gäller uppföljning av personer som drabbats av hjärtstopp skall detta ingå i uppföljningen då information angående händelseförlopp och bakomliggande orsaker skall delges personen.

Begriplighet uppnås genom att förstå olika stimuli. Om dessa stimulin inte uppfattas som begripliga kan de i stället uppfattas som kaotiska (Antonovsky, 2005). Begriplighet försökte de drabbade därför nå genom att de ville få information om varför de drabbats (Bremer et al., 2009a; Forslund et al., 2013; Forslund et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011). Detta visar återigen på att det är viktigt att tillfredsställa personers informationsbehov för att de skall kunna förstå och sortera de stimuli de utsätts för.

Graden av KASAM inverkar på hur en person hanterar påfrestande situationer som ett hjärtstopp kan antas vara. Enligt Fok, Chair och Lopez (2005) har personer med hög KASAM lättare att vid allvarlig, kritisk sjukdom hantera och anpassa sig till situationen vilket bidrar till att de får en bättre hälsa. I litteraturöversikten framkom det att de drabbade var tvungna att anpassa sig till situationen de hamnat i för att kunna gå vidare och acceptera sig själva efter hjärtstoppet. Hur väl en person anpassar sig till situation skulle kunna bero på graden av KASAM hen har. Det kan också ses att personer som överlevt ett hjärtstopp genomgår en transition. Hur denna transition hanteras och accepteras skulle också kunna tänkas bero på personens grad av KASAM då Fok et al. (2005) anser att en högre KASAM gör det lättare för personer att vid kritisk sjukdom hantera och anpassa sig till den svåra situationen. Det är då viktigt att som sjuksköterska ge en personcentrerad omvårdnad som syftar till att stärka en persons KASAM för att ge personen förutsättningar för att hantera de förändringar som kan följa efter ett hjärtstopp.

Konklusion

Ett hjärtstopp kan vara en omskakande händelse som leder till många olika känslor i efterförloppet. Händelsen kan leda till en transition som utmanar identitet och sociala relationer. Denna transition och de känslor som uppstår efter ett hjärtstopp är något som sjuksköterskan måste vara medveten om samt kunna bemöta. Som sjuksköterska är det även viktigt att kunna tillgodose överlevarnas informationsbehov.

Implikationer för omvårdnad

Att överleva ett hjärtstopp leder till många olika känslor och tankar som sjuksköterskan behöver vara medveten om och kunna bemöta på ett så bra sätt som möjligt. Denna litteraturöversikt visar att vanligt förekommande känslor är oro och rädsla inför ett nytt hjärtstopp. För att eliminera oron och rädslan för att drabbas igen är det viktigt att individen får träffa personer som varit med om liknande händelser för att kunna dela erfarenheter och hjälpa varandra till exempel med hjälp av kontakt med patientföreningar. Sjuksköterskan behöver kunna bemöta personers frågor kring varför de drabbats. Detta bör då göras genom att ge så ingående svar som möjligt på de frågor som de drabbade har. Information angående

vad som har hänt, vad de fysiskt får och inte får göra efter hjärtstoppet, hur de skall minska risken för att drabbas av ett nytt hjärtstopp samt vilka symtom de skall vara uppmärksamma på vid ett eventuellt återinsjuknande är viktigt att delge de drabbade efter hjärtstoppet.

Vidare forskning

Allt fler personer överlever ett hjärtstopp idag. Detta gör att mer kvalitativ forskning angående dessa personers upplevelser av hjärtstoppet behövs då forskning på området är begränsat. Litteraturöversiktens resultat indikerar på att ett hjärtstopp leder till en transition som utmanar identitet och sociala relationer. Vidare forskning på denna transition behövs för att få kunskap om hur den påverkar personerna och hur vårdpersonal kan hjälpa dem genom transitionen.

Referenser

- Agewall, S. (2017). Koronarsjukdomar. I S. Lindgren, A. Engström-Laurent, K. Karason & E. Tiensuu Janson (Red.), *Medicin* (s.81-105). Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., & Pochard, F. (2008). Health-Related Quality of Life: An Outcome Variable in Critical Care Survivors. *Chest*, *133*(2), 339-341. doi: 10.1378/chest.07-2547
- Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.265-273). Lund: Studentlitteratur.
- Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L. (2009a). To survive out-of-hospital cardiac arrest: A search for meaning and coherence. *Qualitative Health Research*, *19*(3), 323-338. doi: 10.1177/1049732309331866
- Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L. (2009b). Experiencing Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Significant Others' Lifeworld Perspective. *Qualitative Health Research*, *19*(10), 1407-1420. doi: 10.1177/1049732309348369.
- Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Chan, P. S., McNally, B., Tang, F., & Kellermann, A. (2014). Recent Trends in Survival From Out-of-Hospital Cardiac Arrest in the United States. *Circulation*, *130*(21), 1876-1882. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.009711
- Daya, M. R., Schmicker, R. H., Zive, D. M., Rea, T. D., Nichol, G., Buick, J. E., ... Wang, H. (2015). Out-of-hospital cardiac arrest survival improving over time: Results from the Resuscitation Outcomes Consortium (ROC). *Resuscitation*, *91*, 108-115. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.02.003
- Deasy, C., Bray, J., Smith, K., Harriss, L., Bernard, S., & Cameron, P. (2013). Functional outcomes and quality of life of young adults who survive out-of-hospital cardiac arrest. *Emergency Medicine Journal*, *30*(7), 532-537. doi: 10.1136/emered-2012-201267
- Elliott, V. J., Rodgers, D. L., & Brett, S. J. (2011). Systematic review of quality of life and other patient-centred outcomes after cardiac arrest survival. *Resuscitation*, *82*(3), 247-256. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.10.030
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fok, S. K., Chair, S. Y., & Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, *49*(2), 173-181. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03277.x

- Forslund, A-S., Lundblad, D., Jansson, J-H., Zingmark, K., & Söderberg, S. (2013). Risk factors among people surviving out-of-hospital cardiac arrest and their thoughts about what lifestyle means to them: a mixed methods study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 13(62). doi: 10.1186/1471-2261-13-62.
- Forslund, A-S., Zingmark, K., Jansson, J-H., Lundblad, D., & Söderberg, S. (2014). Meanings of people's lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest, 1 month after the event. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(5), 464-471. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182a08aed
- Fothergill, R. T., Watson, L. R., Chamberlain, D., Viridi, G. K., Moore, F. P., & Whitbread, M. (2013). Increases in survival from out-of-hospital cardiac arrest: A five year study. *Resuscitation*, 84(8), 1089-1092. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.034
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.141-152). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.37-48). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.411-420). Lund: Studentlitteratur.
- Hermerén, G. (2017). Livskvalitet. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2017-10-11 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/livskvalitet>
- Holmberg, S. (2010). Hjärtstopp. I L. Wallentin & B. Lindahl (Red.), *Akut kranskärlssjukdom* (s.121-129). Stockholm: Liber.
- Im, E-O. (2018). Transitions Theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (s.309-322). St. Louis: Elsevier.
- Jern, S. (2017). *Klinisk EKG-diagnostik 2.0*. Ljungskile: Sverker Jern Utbildning AB.
- Karason, K. (2017). Arytmi. I S. Lindgren, A. Engström-Laurent, K. Karason & E. Tiensuu Janson (Red.), *Medicin* (s.125-159). Lund: Studentlitteratur.
- Kean, S., Salisbury, L. G., Rattray, J., Walsh, T. S., Huby, G., & Ramsay, P. (2017). 'Intensive care unit survivorship' – a constructivist grounded theory of surviving critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3111-3124. doi: 10.1111/jocn.13659

- 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, 13*(5), 429-435. doi: 10.1177/1474515113504864
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.57-80). Lund: Studentlitteratur.
- Langius-Eklöf, A., & Sundberg, K. (2014). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s.53-72). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, I-M., Wallin, E., Rubertsson, S., & Kristofferzon, M-L. (2014). Health-related quality of life improves during the first six months after cardiac arrest and hypothermia treatment. *Resuscitation, 85*(2), 215-220. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.09.017
- Lilja, G., Nilsson, G., Nielsen, N., Friberg, H., Hassager, C., Koopmans, M., ... Cronberg, T. (2015). Anxiety and depression among out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation, 97*, 68-75. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.09.389
- McHorney, C. A. (1999). Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future challenges. *Annual Reviews Public Health, 20*, 309-335. doi: 10.1146/annurev.publhealth.20.1.309
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Moulaert, V. R. M., van Heutgen, C. M., Gorgels, T. P. M., Wade, D. T., & Verbunt, J. A. (2017). Long-term outcome after survival of a cardiac arrest: a prospective longitudinal cohort study. *Neurorehabilitation and Neural Repair, 31*(6), 530-539. doi: 10.1177/1545968317697032
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Nolan, J., Soar, J., Cariou, A., Cronberg, T., Moulaert, V., Deakin, C., ... Sandroni, C. (2015). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care 2015 Section 5 of the European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation, 95*, 202-222. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.018
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- 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 and Health Sciences, 13*(2), 149-155. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00593.x.

- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375-389). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Smith, K., Andrew, E., Lijovic, M., Nehme, Z., & Bernard, S. (2015). Quality of life and functional outcomes 12 months after out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation*, *131*(2), 174-181. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.011200.
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2016). *Svenska riktlinjer för uppföljning efter hjärtstopp*. Hämtad 2017-10-13 från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/svenska-riktlinjer-for-uppfoljning-efter-hjartstopp.pdf>
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2017). *Svenska hjärt-lungräddningsregistret, årsrapport 2017*. Hämtad 2017-10-11 från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/svenska-hlr-registret-arsrapport-2017.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN). (2003). Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. *Vård i Norden*, *4*(70), 1-19.
- Ternstedt, B-M., & Norberg, A. (2014). Omvårdnad ur livscykelperspektiv – identitetens betydelse. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.33-67). Lund: Studentlitteratur.
- Uren, A., & Galdas, P. (2015). The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *71*(2), 349-358. doi: 10.1111/jan.12499
- U.S Department of Health and Human Services. (2000). *Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life*. Hämtad 2017-11-14 från <https://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>
- Van Lommel, P., Van Wees, R., Meyers, V., & Elfferich, I. (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: A prospective study in the netherlands. *The Lancet*, *358*(9298), 2039-2045. doi: 10.1016/S0140-6736(01)07100-8

- Wallin, E., Larsson, I-M., Rubertsson, S., & Kristofferzon, M-L. (2013). Relatives' experience of everyday life six months after hypothermia treatment of a significant other's cardiac arrest. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1639-1646. doi: 10.1111/jocn.12112
- Wallin, E., Larsson, I-M., Rubertsson, S., & Kristofferzon, M-L. (2014). Cardiac arrest and hypothermia treatment - function and life satisfaction among survivors in the first 6 months. *Resuscitation*, 85(4), 538-543. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.12.020
- Walton, M. K. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I G. Sherwood & J. Barnsteiner (Red.), *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad - sex grundläggande kärnkompetenser* (s.63-78). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization (WHO). (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Genève: Division of mental health and prevention of substance abuse.
- World Health Organization (WHO). (1999). *WHOQOL: Annotated Bibliography October 1999 version*. Genève: Department of Mental Health.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Söktabell

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
20171003 Cinahl	Cardiac arrest AND Experienc*	Peer reviewed, Research article, 2012-2017	106	6	4	Forslund et al. (2014) Ketilsdotter et al. (2014) Uren et al. (2015)
20171003 Cinahl	Cardiac arrest AND Patient AND Experience	Peer reviewed, Research article, 2012-2017	54	4	3	Forslund et al. (2014)• Uren et al. (2015)•
20171004 Cinahl	Cardiac Arrest AND Patient* AND Experienc* AND Surviv*	Peer reviewed, Research article	107	8	4	Bremer et al. (2009a) Forslund et al. (2014)• Uren et al. (2015)•
20171008 Cinahl	Heart arrest AND Quality of life	Peer reviewed, Research article, 2012-2017	11	3	3	Smith et al. (2015) Uren et al. (2015)•
20171008 Scopus	"Heart arrest" AND "Quality of life"	Nursing article, 2012-2017	21	6	4	Larsson et al. (2014)
20171020 Scopus	"Cardiac arrest" AND "Quality of life"	Article, 2012-2017	138	17	13	Deasy et al. (2013) Larsson et al. (2014)• Lilja et al. (2015)

						Moulaert et al. (2017) Smith et al. (2015)• Uren et al. (2015)• Wallin et al. (2014)
20171023 PubMed	Cardiac arrest AND Patient AND Wellbeing		8	2	1	
Sekundär- sökning						Palacios- Ceña et al. (2011)
Sekundär- sökning						Forslund et al. (2013)

- Artikeln har hittats och valts i tidigare sökning.

Bilaga 2: Artikelöversikt

Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L.

Titel: To survive out-of-hospital cardiac arrest: A search for meaning and coherence.

Årtal: 2009a

Land: Sverige

Syfte: Aimed to describe patients' experience of surviving out-of-hospital cardiac arrest (OHCA), focusing on how OHCA influenced their well-being over time.

Metod: Kvalitativ metod. Kvalitativa intervjuer med öppna frågor. Analys av data med reflective lifeworld research (RLR).

Urval: Ändamålsenligt urval med inklusionskriterier. Åtta män och en kvinna deltog. Rekrytering genom annonsering i lokaltidning och Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus.

Huvudfynd: De drabbade uttryckte förlust av kontroll, en avsaknad av sammanhang och att de vaknade i förvirring. Detta gjorde att de vid uppvaknande sökte efter vad som skett och varför. En känsla av osäkerhet kring om de skulle förstått vad som var på väg att ske och hur de kunde skyddat sig uppstod i efterhand. Deltagarna kände tacksamhet över att de överlevde men en rädsla för hur det inträffade kunde komma att påverka framtiden fanns. Även en rädsla för att drabbas på nytt fanns. Ett gott liv och livsmening upplevdes genom sociala relationer.

Kvalitet: Medel.

Deasy, C., Bray, J., Smith, K., Harriss, L., Bernard, S., & Cameron, P.

Titel: Functional outcomes and quality of life of young adults who survive out-of-hospital cardiac arrest.

Årtal: 2013

Land: Australien

Syfte: The aim was to describe the functional and quality of life outcomes in young adults who survive out-of-hospital cardiac arrest.

Metod: Kvantitativ metod. Data inhämtades från patientjournaler och frågeformulär via telefon. Datan analyserades med bland annat χ^2 -test, t-test och multipel logistisk regression.

Urval: Ändamålsenligt urval. Deltagare rekryterades genom ett register för personer som drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus. 93 personer undersöktes i studien.

Huvudfynd: Av de unga vuxna som överlevde ett hjärtstopp utanför sjukhus hade en majoritet ett gott funktionellt utfall och en god livskvalitet. En förutsättning för ett gott funktionellt utfall är ventrikelflimmer som första rytm.

Kvalitet: Medel.

Forslund, A-S., Lundblad, D., Jansson, J-H., Zingmark, K., & Söderberg, S.

Titel: Risk factors among people surviving out-of-hospital cardiac arrest and their thoughts about what lifestyle means to them: a mixed methods study.

Årtal: 2013

Land: Sverige

Syfte: With a mixed methods design this study present known risk factors among people before OHCA-V and what lifestyle means to them after surviving.

Metod: Mixad metod. Kvalitativa intervjuer i form av konversationer. Kvantitativ data från registret Northern Sweden MONICA project och frågeformulär. Kvalitativ data analyserades med manifest innehållsanalys.

Urval: Personer som var registrerade i valt register och levde 28 dagar efter hjärtstoppet deltog i den kvantitativa datainsamlingen. Ändamålsenligt urval användes för rekrytering av deltagare till den kvalitativa delen. 71 personer deltog i den kvantitativa delen och 13 personer deltog i den kvalitativa delen.

Huvudfynd: För många var hjärtstoppet det första symtomet på hjärtsjukdom. De var välinformerade angående riskfaktorer vid hjärtsjukdom. Många valde dock att inte följa dessa rekommendationer utan valde att leva ett gott liv. Stöd från familjen var viktigt för att kunna känna glädje i tillvaron. Att få känna glädje och ha roligt ansågs vara en stor och viktig del av livsstilen.

Kvalitet: Hög.

Forslund, A-S., Zingmark, K., Jansson, J-H., Lundblad, D., & Söderberg, S.

Titel: Meanings of people's lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest, 1 month after the event.

Årtal: 2014

Land: Sverige

Syfte: The aim of this study was to elucidate meanings of people's lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest with validated myocardial infarction etiology, 1 month after the event.

Metod: Kvalitativ metod. Narrativa intervjuer som analyserades med fenomenologisk hermeneutisk tolkning. Materialet organiserades i teman och subteman.

Urval: Ändamålsenligt urval på hjärtsjuksköterskemottagning. Nio män och två kvinnor deltog i studien.

Huvudfynd: De drabbade uttryckte ett behov av information angående vad som hade hänt från personer som var närvarande under hjärtstoppet. De sökte efter orsaken till varför de drabbats för att kunna förändra sin livsstil. Vad som var viktigt i livet reevaluerades.

Kvalitet: Hög.

Ketilsdottir, A., Albertsdottir, H. R., Akadottir, S. H., Gunnarsdottir, T. J., & Jonsdottir, H.

Titel: The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life.

Årtal: 2014

Land: Island

Syfte: The main purpose of this study was to describe survivors' experiences following sudden cardiac death and resuscitation in order to gain knowledge of the effect of this experience on the needs and concerns of the survivors.

Metod: Kvalitativ metod. Data inhämtades genom semi-strukturerade intervjuer. Två separata intervjuer gjordes med varje deltagare. Materialet analyserades fenomenologiskt och delades in i teman.

Urval: Ändamålsenligt urval. Rekrytering av deltagare skedde från en patientlista på en poliklinisk hjärtklinik. Sju män deltog i studien.

Huvudfynd: Hjärtstoppet var en stor livshändelse och en känsla av osäkerhet upplevdes i efterförloppet. Emotionella svårigheter fanns och frågor kring förebyggande av ytterligare hjärtstopp uppkom. Att känna sig trygg och att få stöd var viktigt för personer som haft hjärtstopp.

Kvalitet: Hög.

Larsson, I-M., Wallin, E., Rubertsson, S., & Kristofferzon, M-L.

Titel: Health-related quality of life improves during the first six months after cardiac arrest and hypothermia treatment.

Årtal: 2014

Land: Sverige

Syfte: The aim of the study was to investigate whether there were any changes in anxiety, depression and health-related quality of life between hospital discharge and one and six months after cardiac arrest in patients treated with therapeutic hypothermia. Another aim was to study possible relationships between anxiety, depression and health-related quality of life.

Metod: Kvantitativ metod. Prospektiv observationsstudie där data inhämtades genom enkäter som besvarades vid tre olika tillfällen. Datan analyserades med bland annat χ^2 -test. Post hoc analys gjordes för att se skillnader mellan två mättillfällen.

Urval: Deltagare rekryterades från tre olika sjukhus i Sverige. 54 personer inkluderades i studien varav 26 genomförde alla delar i studien.

Huvudfynd: En förbättring av livskvaliteten skedde under de första sex månaderna efter hjärtstoppet. Ingen förbättring sågs inte gällande ångest och depression hos deltagarna. Ju mindre ångest och depression desto bättre livskvalitet hade deltagarna.

Kvalitet: Hög.

Lilja, G., Nilsson, G., Nielsen, N., Friberg, H., Hassager, C., Koopmans, M., ... Cronberg, T.

Titel: Anxiety and depression among out-of-hospital cardiac arrest survivors.

Årtal: 2015

Land: Sverige, Danmark, Italien, Nederländerna och Storbritannien.

Syfte: The aim of this study was to describe anxiety and depression in a large cohort of out-of-hospital cardiac arrest survivors within the TTM-trial and relate their outcome to a non-cardiac arrest control group with ST-elevation myocardial infarction matched for age, gender and time for hospitalization. Additionally, we investigated the correlation to selected variables assumed associated with psychological distress in out-of-hospital survivors.

Metod: Kvantitativ metod. En kohort bestående av patienter som överlevt hjärtstopp jämförs med en grupp bestående av personer som drabbats av STEMI. Data inhämtades genom frågeformulär. Data analyserades med bland annat logistisk regression och Mann-Whitney-Wilcoxon-test.

Urval: Kohorten som drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus hade deltagit i en tidigare studie. 278 deltagare som drabbats av hjärtstopp genomförde alla delarna i studien och 119 i kontrollgruppen.

Huvudfynd: En fjärdedel av de som överlevt hjärtstopp uppvisade ångest eller depression. Ungefär lika många i hjärtinfarktsgruppen led ångest eller depression. Ångest och depression sågs ha ett samband med sämre livskvalitet, sämre neurologiskt utfall och kognitiva problem.
Kvalitet: Medel.

Moulaert, V. R. M., van Heugten, C. M., Gorgels, T. P. M., Wade, D. T., & Verbunt, J. A.

Titel: Long-term outcome after survival of a cardiac arrest: a prospective longitudinal cohort study.

Årtal: 2017

Land: Nederländerna.

Syfte: The main goal of this study was to investigate outcome at all levels of functioning during the first year after survival of a cardiac arrest. Second, we analyzed the pattern of recovery after cardiac arrest and examined whether there were improvements throughout the first year.

Metod: Kvantitativ metod. Longitudinell prospektiv kohortstudie. Mätningar gjordes två veckor efter hjärtstopp samt tre och tolv månader efter händelsen. Datainsamling skedde med hjälp av instrument som mätte funktionell nivå, aktivitetsnivå, delaktighetsnivå samt livskvalitet. Dataanalys genom Friedman's ANOVA.

Urval: Deltagare från en större studie gjord på personer som drabbats av hjärtstopp rekryterades. Deltagarna kom från sju sjukhus i nederländerna. 110 personer deltog i studien.

Huvudfynd: Efter ett hjärtstopp kunde problem med känslor och kognition uppkomma. Även fatigue var vanligt förekommande. Dessa problem kunde innebära svårigheter att återgå till arbetslivet. Gällande livskvalitet, delaktighet och aktivitetsnivå sågs en positiv utveckling över tid.

Kvalitet: Hög.

Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M. E., Salvadores-Fuentes, P., & Fernández-de-las-Peñas, C.

Titel: Sudden cardiac death: The perspectives of Spanish survivors.

Årtal: 2011

Land: Spanien

Syfte: The aim of this study was to investigate the life experiences of Spanish patients who were successfully resuscitated following sudden cardiac death in order to improve the management of these patients.

Metod: Kvalitativ metod. Data inhämtades genom ostrukturerade intervjuer samt fem deltagares personliga dagböcker. Datan analyserades fenomenologiskt och delades in i teman.

Urval: Ändamålsenligt urval med snöbollsteknik. Deltagarna rekryterades från ett sjukhus i Madrid samt en patientförening för hjärtsjuka. Fyra kvinnor och fem män deltog i studien.

Huvudfynd: De drabbade kände rädsla efter hjärtstoppet vilket påverkade dem i vardagen. På grund av att döden hade varit nära tvingades de lära sig att leva med döden. Deltagarna sökte ett svar på hur och varför hjärtstoppet inträffade för att känna mening i tillvaron. Efter utskrivning kände deltagarna ett behov av uppföljning tillsammans med den personal som behandlat dem då de var ineliggande. När behovet inte gick att möta kände deltagarna sig negligerade.

Kvalitet: Medel.

Smith, K., Andrew, E., Lijovic, M., Nehme, Z., & Bernard, S.

Titel: Quality of life and functional outcomes 12 months after out-of-hospital cardiac arrest.

Årtal: 2015

Land: Australien.

Syfte: The study describes the quality of life of adult out-of-hospital survivors at 1-year post-arrest across the state of Victoria, Australia by using 3-years of data from the Victorian Ambulance Cardiac Arrest Registry.

Metod: Kvantitativ metod. En prospektiv studie där de undersökte livskvalitetet med hjälp av mätinstrument. Data inhämtades även genom kompletterande frågor. Datan analyserades med bland annat t-test, u-test, χ^2 -test och logistisk regression.

Urval: Rekrytering via brev. 687 deltog i studien, 530 som haft hjärtstopp och 157 som företrädde personer som drabbats av hjärtstopp.

Huvudfynd: Majoriteten av de som överlevt rapporterade en god livskvalitet där ingen signifikant skillnad mellan de som överlevt och normalbefolkningen sågs. Saker som visade sig ha betydelse för en bättre återhämtning och livskvalitet var arbetat innan händelsen, bevittnat hjärtstopp, en första rytm som tillät defibrillering samt fått hjärtstopp på allmän plats.

Kvalitet: Medel.

Uren, A., & Galdas, P.

Titel: The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis.

Årtal: 2015

Land: Kanada

Syfte: The aim of this study was to explore how the enactment of masculinities shapes the experiences of men and their partners after survival from out-of-hospital cardiac arrest.

Metod: Kvalitativ metod. Semi-strukturerade intervjuer användes för att samla in data. Datan analyserades med interpretiv deskription med tematiskt infall och delades in i teman.

Urval: Ändamålsenligt urval med hjälp av affischer och broschyrer på en hjärtmottagning i Kanada. 13 personer deltog, sju män och sex kvinnliga partners.

Huvudfynd: Maskulinitet påverkade mäns tillfrisknande samt förmåga att anpassa sig efter ett hjärtstopp. Det sågs att män var motvilliga till att söka professionell hjälp. Situationen var mer komplex än stereotypen att män är tysta och starka vad gäller ohälsa.

Kvalitet: Hög.

Wallin, E., Larsson, I-M., Rubertsson, S., & Kristofferzon, M-L.

Titel: Cardiac arrest and hypothermia treatment - function and life satisfaction among survivors in the first 6 months.

Årtal: 2014

Land: Sverige

Syfte: The aim of the present study was to describe differences over time regarding functional outcome using cerebral performance category (CPC) at discharge from the ICU and at 1 and 6 months after CA in cases where TH was used in post-resuscitation care. Additional aims were to describe differences in ADL and cognitive function within 1 and 6 months post-CA, life satisfaction 6 months after CA and possible gender differences.

Metod: Kvantitativ metod. Prospektiv observationsstudie. Fyra instrument användes. Mätningar gjordes vid utskrivning, en månad respektive sex månader efter hjärtstoppet. Statistisk analys gjordes med bland annat u-test och χ^2 -test.

Urval: Deltagare rekryterades från tre olika sjukhus i Sverige. 45 personer deltog.

Huvudfynd: Det funktionella utfallet förbättrades över tid på både det fysiska och mentala planet. Majoriteten av deltagarna i studien var nöjda och tillfredsställda med livet i stort.

Kvalitet: Medel.

