

# Livet efter stroke

Hur personer med fysisk funktionsnedsättning  
orsakad av stroke upplever sin nya  
livssituation- en litteraturstudie

FÖRFATTARE	Stefanie Nero
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad HT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Marie Holmberg
EXAMINATOR	Linda Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Livet efter stroke. Hur personer med fysisk funktionsnedsättning orsakad av stroke upplever sin nya livssituation- en litteraturstudie
Engelsk titel:	Life after stroke. How people with physical disability caused by stroke experience their new life situation- a literature study
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	17 sidor
Författare:	Stefanie Nero
Handledare:	Marie Holmberg
Examinator:	Linda Berg

---

*Jag vill rikta ett stort tack till min handledare Marie Holmberg som på ett konstruktivt sätt varit ett stöd och fört mig framåt under arbetsprocessen.*

## **SAMMANFATTNING**

I Sverige drabbas cirka 30 000 personer årligen av stroke. Det är en stor folksjukdom och den tredje vanligaste dödsorsaken i landet. Stroke är en vanlig orsak till att drabbas av funktionsnedsättning och är den sjukdom som kräver flest vårddagar i Sverige. Enligt World Health organisation (WHO) är stroke globalt en stor orsak till att personer avlider och sjukdomen rapporteras som ledande i världen när det gäller att drabbas av handikapp av olika slag. Syftet med studien var att beskriva hur personer med fysisk funktionsnedsättning orsakad av stroke upplever sin nya livssituation. En litteraturstudie genomfördes med både kvantitativ och kvalitativ forskning. Tolv vetenskapliga artiklar publicerade mellan 2001-2011 låg till grund för resultatet. Resultatet visade på tre teman: Emotionella reaktioner, Autonomi och Sociala sammanhang. I dessa teman presenterades subteman. Emotionella reaktioner delades in i fyra subteman: Rädsla och oro, Frustration, Nedstämdhet och depression samt Hopp och optimism. Autonomi delades in i två subteman: Förlorad autonomi och beroende samt Acceptans. Sociala sammanhang delades in i två subteman: Förändrad roll och Stöd i sociala relationer. Uppsatsen visar att personer med en fysisk funktionsnedsättning orsakad av stroke upplever olika emotionella reaktioner. Vidare upplever personerna förlorad autonomi och ett beroende av andra. Acceptans är en viktig del i upplevelsen. I det sociala sammanhanget upplever personerna förändrad roll och att relationerna till familj, vänner och vårdpersonal är betydelsefullt för att kunna gå vidare. Genom denna kunskap kan sjukvården hjälpa och stärka dessa personer och sjuksköterskan ge den omvårdnad som krävs för återhämtningen hos dessa individer.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
2.1 Stroke	1
2.2 Funktionsnedsättning och stroke	2
2.3 Sjukdomslidande	2
2.4 Omvårdnad vid stroke	2
2.5 Autonomi och integritet	3
2.6 Delaktighet	3
2.7 Begreppet hopp	4
2.8 Transitionsteorin	4
3 PROBLEMFÖRMULERING	4
4 SYFTE	5
5 METOD	5
5.1 Design	5
5.2 Datainsamling	5
5.3 Urval	5
5.4 Datanalys	5
6 RESULTAT	6
6.1 Emotionella reaktioner	6
6.1.1 Rädsla och oro	6
6.1.2 Frustration	6
6.1.3 Nedstämdhet och depression	7
6.1.4 Hopp och optimism	7
6.2 Autonomi	8
6.2.1 Förlorad autonomi och beroende	8
6.2.2 Acceptans	9
6.3 Sociala sammanhang	9
6.3.1 Förändrad roll	9
6.3.2 Sociala relationer	10
7 DISKUSSION	11
7.1 Metoddiskussion	11
7.2 Resultatdiskussion	12
7.3 Slutsats	14
7.4 Praktiska implikationer	14
8 REFERENSER	15
BILAGOR	
<b>Bilaga 1.</b> Översikt av litteratursökningar	
<b>Bilaga 2.</b> Artikelöversikt	

## **1 INLEDNING**

I Sverige drabbas cirka 30 000 personer årligen av stroke. Ungefär 80 procent av personerna är över 65 år. Det är en stor folksjukdom och den tredje vanligaste dödsorsaken i landet. (Riks-Stroke Årsrapport 2010). Stroke är en vanlig orsak till att drabbas av funktionsnedsättning och är den sjukdom som kräver flest vård dagar i Sverige.

([http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad är stroke?](http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20%C3%A4r%20stroke?)). Att drabbas av en halvsidig förlamning/nedsättning är vanligt vid stroke och funktionsnedsättningen kan ge en svaghet i kroppsdelen eller en hel förlamning (Mätzsch & Gottsäter 2007).

Under en av mina verksamhetsförlagda utbildningar var jag på en geriatrisk strokeavdelning. Där inleddes mitt intresse för den som drabbas av stroke och omvårdnaden kring dessa personer. Jag upptäckte att många med en fysisk funktionsnedsättning var tvungna att börja anpassa sig till sin nya livssituation och ofta blev dessa personer beroende av andra för att klara av sin vardag. Jag har mött frustration hos personer som har haft svårt att acceptera sin nya situation. Emellertid har jag även mött de som har accepterat och försökt hantera situationen utifrån sina nya förutsättningar. För att kunna ge dessa individer den omvårdnad som krävs både kort och långsiktigt är det av största vikt att veta hur strokedrabbade personer upplever sin nya livssituation.

## **2 BAKGRUND**

### **2.1 STROKE**

Stroke kan antingen utlösas av en blodpropp, en så kallad hjärninfarkt eller av en blödning i hjärnans blodkärl. Gemensamt är att det ger en syrebrist i en viss del av hjärnan beroende på var blodproppen eller blödningen finns. (Nationell utvärdering 2011-Strokevård). Cerebrala infarkter (hjärninfarkter) är vanligast och utgör cirka 80-85 %. De dominerande riskfaktorerna för stroke är hypertoni, hyperlipidemi, rökning och diabetes mellitus (Mätzsch & Gottsäter 2007).

Insjuknandet sker ofta plötsligt och vanliga symtom är förlorad styrka i arm, ben eller ansikte och ofta antingen på höger eller vänster sida. Andra symtom kan vara svårigheter att tala och förstå, förvirring, dålig balans, synbortfall och huvudvärk. Symtomen kan variera beroende på vilken del av hjärnan som drabbas (Mätzsch & Gottsäter 2007). Var sjätte man och var femte kvinna riskerar att drabbas någon gång av stroke. Under 2010 registrerades ungefär lika många män som kvinnor i Riks-Stroke årsrapport vilket tyder på att sjukdomen är ganska jämlik när det gäller könsfördelning.

Enligt World Health organisation (WHO) 2011 är stroke globalt en stor orsak till att personer avlider och 2005 dog cirka 5,7 miljoner av sjukdomen. De som överlever drabbas ofta av funktionsnedsättning där stroke rapporteras som ledande när det gäller handikapp av olika slag. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf)).

## **2.2 FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH STROKE**

International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF har valt att definiera funktionsnedsättning som. ”Funktionsnedsättningar respektive strukturavvikelse är problem i kroppens funktioner eller struktur i form av en betydande avvikelse eller förlust” (Socialstyrelsen 2003 s.16).

Enligt Socialstyrelsen (2003) har ICF utvecklats av WHO för att användas till olika aspekter av hälsa. I denna modell finns en klassifikation för olika funktionsnedsättningar och förhållandet till omgivning och personliga förutsättningar. Vilka svårigheter funktionsnedsättningen medför beror på varje enskild individs upplevelse av sin funktionsnedsättning.

Vid stroke är förlamning, nedsatt känsel samt gång och balanssvårigheter mycket vanligt. ADL-förmågan kan ändras till att personen blir beroende av hjälp med sin personliga vård (Mätzsch & Gottsäter 2007). ADL står för Aktiviteter i Dagligt Liv och handlar om aktiviteter som är gemensamma för de flesta människor och som utförs regelbundet för att kunna leva självständigt. Vid skada eller sjukdom kan dessa aktiviteter bli svårare på grund av oförmåga att klara av vardagen på samma sätt som innan. Ett vårdbehov kan uppkomma när en person ofrivilligt blir beroende av en annan människas hjälp (Hulter Åsberg 1990) Riks-stroke årsrapport 2010 visade att cirka 20 % av män och kvinnor som drabbats av stroke var beroende av andra vid på och avklädning samt toalettbesök.

## **2.3 SJUKDOMSLIDANDE**

För att kunna utgå från personens situation måste hela dennes livsvärld förstås. Det är viktigt att få en inblick i hur deras liv varit innan sjukdomen. En sjukdom kan förändra personer och ofta kan de säga ” Jag är inte mig själv längre”. ”Jag är helt utom mig” (Birkler 2007 s.34). I det engelska språket finns uttrycket Illness som syftar till att sjukdomen upplevs som ett lidande. Lidandet kan bestå av att t.ex. inte kunna gå i trappor eller smärta. Människan kan lida av yttre omständigheter lika mycket som av det kroppsliga tillståndet. Sjukdomslidandet kan upplevas som en följd av sjukdomen t.ex. av en deformerad eller dysfunktionell kropp. Sjukdomen kan bli en slags avvikelse från det som varit innan. Lidandet kan se olika ut för varje individ och det är viktigt att uppmärksamma lidandets relativitet. Detta innebär att sjukdomen kan upplevas på olika sätt och varje person ska ses som en unik människa. Sjuksköterskans uppgift är att lindra lidandet och för att kunna göra det på bästa möjliga sätt måste helheten hos individen vara i fokus (Birkler 2007).

## **2.4 OMVÅRDAD VID STROKE**

God vård vid stroke bör enligt Socialstyrelsens Nationella utvärdering -Strokevård (2011) vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad och jämlik. Målsättningen är att hjälpa personen att planera och genomföra handlingar som hör till det dagliga livet samt förbättra och bevara hälsa. Personer med stroke ska få individanpassade åtgärder som är målinriktade. Omvårdnaden syftar till att lindra lidande, upprätthålla de funktioner som finns kvar och förhindra återfall (Engström, Nilsson & Willman 2005). I Socialstyrelsen (2005)

kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står att en helhetssyn och etiskt förhållningssätt ska genomsyra alla kompetensområden. Sjuksköterskan ska utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn.

Sjuksköterskan på en strokeenhet ingår i ett multidisciplinärt team och har en viktig roll när det gäller att förbereda personen som drabbats och närstående på de förändringar som uppstår vid stroke. Sjuksköterskan ska förebygga komplikationer och informera/utbilda patient och närstående (Nolan & Nolan 1998). Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för strokesjukvård (2009) ska personer som vårdas på en strokeenhet få personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Genom att vårdas på en specialenhet minskar risken för dödlighet i stroke och även risken för aktivitetsbegränsning.

## **2.5 AUTONOMI OCH INTEGRITET**

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 a § fastställs att ett av kraven på hälso- och sjukvården är att sjukvården ska ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”. Samt att ”vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”.

Begreppen autonomi och integritet kompletterar varandra. Integriteten finns med oss från livets början och är djupt rotad i människovärdet. Vår autonomi, självbestämmande kan däremot ändras under livets gång. Om autonomi ändras behöver människan stöd och skydd för att kunna upprätthålla sin integritet (Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009).

Malmsten (2007) menar att i dagens samhälle förväntas många av oss att vara autonoma individer och fatta egna beslut. Den autonoma förmågan kan för människan pendla från situation till situation och skilja sig från tid till tid. Trots att en person kan uppfattas som icke autonom så behöver det inte innebära att personen inte klarar av att fatta självständiga beslut.

## **2.6 DELAKTIGHET**

I Nationalencyklopedin (2011) benämns delaktighet som en aktiv medverkan.

Olika omvårdnadsteoretiker har uppmärksammat delaktighet. Orem (2001) har beskrivit det som personens engagemang i sin egenvård och för att sjuksköterskan ska kunna göra personen delaktig krävs en subjektiv relation. Eriksson (1987) beskriver delaktigheten som ett delande där vårdare och patient interagerar ömsesidigt.

En viktig förutsättning för delaktighet är att personen får förståelse och insikt om sin hälsa, vård och behandling. Individer är experter på sin ohälsa och känner sin kropp bäst och hur de upplever sin egen situation. Trots detta är personen beroende av vårdens hjälp i form av kompetens och resurser och det krävs kunskap för att kunna vara delaktig. (Socialstyrelsen 2011).

## **2.7 BEGREPPET HOPP**

Parse (1999) beskriver hoppet som en dimension av hopp och icke hopp. Hoppet förstås när man vet vad hopplöshet innebär. Därmed finns alltid hopp samtidigt som icke hopp. Det är alltid närvarande men kan märkas av mer under svåra förhållanden. Hoppet kan ses som en förväntan på kommande möjligheter och även som en drivkraft.

Enligt Hamner, Mogensen och Hall (2009) kan hoppet ses som både universellt och specifikt. Det universella är en generell tro på framtiden och ett försvar mot förtvivlan. Ett specifikt hopp hör ihop med tid och objekt. En person kan ha ett specifikt hopp gällande en sjukdom och om dess behandling. Hoppet är något som finns inom varje enskild människa och som förblir något positivt. Hoppet finns alltid där vad som än händer.

## **2.8 TRANSITIONSTEORIN**

Enligt Meleis, Sawyer, Im, Messias och Schumacher (2000) handlar transitionsteorin om övergångar från ett stabilt tillstånd till ett annat stabilt tillstånd. En sjukdom skapar en process i transitionen där vissa övergångar kan öka sårbarheten hos en individ. Processen innehåller flera steg och vändpunkter. Transitionerna kan innebära att livet förändras men också att förhållanden förändras. Vidare menar Meleis et al. (2000) att sjuksköterskan ofta är den som hjälper personen och dess närstående när de genomgår en transition. Faktorer som påverkar individens övergångar är om han/hon ser någon mening i det som händer, i vilken kulturell kontext denna befinner sig, vilken socioekonomisk status han/hon har, hur samhällets skyddsnet ser ut och om individen har den information och förståelse som krävs för att hantera övergången.

Rittman et al. (2004) menar att drabbas av stroke är en situation som startar upp transitionen. I akutfasen handlar det om att överleva det som hänt. När akutfasen är avklarad står personen för en rad utmaningar såsom förlorad självständighet och funktionsnedsättning. Transitionen involverar förändrad identitet och en annan roll för personen. Processen att komma tillbaka från sin stroke brukar till en början vara kaotisk för att sedan reorganiseras, vilket leder till acceptans. Personer med funktionsnedsättning hittar olika sätt att hantera sitt dagliga liv och detta kan skilja sig från individ till individ.

## **3 PROBLEMFORMULERING**

Litteraturen visar att stroke är en vanlig sjukdom att drabbas av och att det i många fall leder till en fysisk funktionsnedsättning. Den permanenta funktionsnedsättningen innebär i många fall en ny livssituation för dessa personer och de flesta kan behöva hjälp i det dagliga livet. Sjuksköterskan i det multidisciplinära teamet har en viktig roll och bör ha kunskap om hur dessa personer upplever den nya situationen. En bristande kunskap och förståelse hos sjuksköterskan samt annan vårdpersonal kan ge en sämre omvårdnad och skapa ett onödigt lidande för dessa personer. Genom en bättre insikt om personers upplevelse av sin nya livssituation kan vården stärka och hjälpa den strokedrabbade personen.



## **4 SYFTE**

Syftet är att beskriva hur personer med fysisk funktionsnedsättning orsakad av stroke upplever sin nya livssituation.

## **5 METOD**

### **5.1 DESIGN**

Uppsatsen är utformad som en litteraturstudie vilket innebär att skapa en översikt av kunskap och forskningsresultat. I resultatet ingår både studier med kvantitativ och kvalitativ forskning. Motivet är att få en överblick inom ett begränsat område, i detta fall patienters upplevelser efter en stroke (Friberg 2006)

### **5.2 DATAINSAMLING**

Datansamlingen har genomförts i databaserna Cinahl och Pubmed. Sökorden valdes utifrån MeSH-termer som svarade mot syftet: *stroke, post-stroke, patient experience, physical disability, coping, recovery, adaptation, activities of daily living, hope, transition*

### **5.3 URVAL**

Litteratursökningens inklusionskriterier var att artiklarna var publicerade mellan 2001-2011, var vetenskapligt granskade, skrivna på engelska och hade ett abstrakt tillgängligt. En annan inklusion var att deltagarna i studierna skulle vara vuxna personer och därmed exkluderades yngre deltagare.

I artikelsökningen användes följande sökordskombinationer: *Stroke AND patient experience, Stroke AND physical disability, Stroke AND coping, Stroke AND coping AND recovery, Stroke AND adaptation, Post-stroke AND activities of daily living, Stroke AND hope, Stroke AND transition*. Det första urvalet av artiklar gjordes genom att hitta adekvata titlar och läsa abstrakten. Resultat för litteratursökning. Se Bilaga 1.

Urvalet av de tolv vetenskapliga artiklarna gjordes genom att läsa igenom alla studier flera gånger och de artiklar som var relevanta till syftet och var etiskt godkända valdes sedan ut till arbetet. Artiklarna var från Sverige, England, Skottland, Canada, USA, Australien, Nya Zeeland och Israel. Artikelöversikt. Se Bilaga 2.

### **5.4 DATAANALYS**

Analys av artiklarna har skett genom att noggrant läst igenom de tolv utvalda artiklarnas resultat flera gånger för att hitta likheter och skillnader av betydelse för syftet. Fokus har varit på vad som bygger upp resultatet i de vetenskapliga artiklarna och vad de har gemensamt. Utifrån de likheter som fanns i de olika artiklarna framkom teman och subteman ur analysen (Friberg 2006). Se tabell 1.

EMOTIONELLA REAKTIONER	AUTONOMI	SOCIALA SAMMANHANG
Rädsla och oro	Förlorad autonomi och beroende	Förändrad roll
Frustration	Acceptans	Stöd i sociala relationer
Nedstämdhet och depression		
Hopp och optimism		

**Tabell 1:** Teman och subteman

## 6 RESULTAT

Resultatet presenteras i de tre olika teman. I dessa teman beskrivs subteman som presenteras var och en för sig.

### 6.1 EMOTIONELLA REAKTIONER

#### 6.1.1 Rädsla och oro

Efter en stroke kan personen drabbas av starka känslor. Rädsla och oro var en vanlig reaktion. Det kunde vara svårt att ta in vad som hade hänt och varför detta tillstånd drabbat individen. Några försökte förstå orsaken (Arnaert, Filteau & Sourial 2006). I en studie av Barker och Brauer (2005) upplevdes rädslan i att inte veta vad personen skulle göra för att bli bättre och de kände en besvikelse över att ha fått en funktionsnedsättning. Det fanns även ett uttryck för rädsla och oro inför framtiden och hur den skulle hanteras. Vidare fanns en oro och bekymmersamhet över en förlorad förmåga som personen haft innan (Jones, Mandy & Partridge 2007). I studien av Robison et al. (2009) uppvisade personerna en konkret rädsla genom ett förlorat förtroende för sin egen kropp. Dessa personer led av yrsel och hade problem med balansen. De kände ingen kontroll över sin kropp och var rädda för att ge sig ut i okända miljöer. Det fanns en rädsla att ramla och därför avstod de från dessa situationer. De kände sig tryggare om de hade sällskap när de gick ut. I Townend, Tinson, Kwan och Sharpe (2010) studie beskrev deltagarna oro över sin funktionsnedsättning och över att vara så här. Några personer kände en osäkerhet om hur lång tid det skulle ta att återhämta sig och bli bättre (Ellis Hill et al., 2010). I Eilertsen, Kirkevold och Bjørk (2010) studie berättade sex kvinnor som drabbats av stroke att det fanns en oro för att vara en börda för familjen. De uttryckte också rädsla för att få en ny stroke. Om detta hände skulle de inte vilja leva längre eftersom de sett andra lida av en sekundär stroke.

#### 6.1.2 Frustration

En känsla av frustration kunde drabba den som fått en fysisk funktionsnedsättning. Frustrationen kunde uttryckas som en besvikelse eller ilska över att ha förlorat en förmåga som

personen haft tidigare. (Barker & Brauer 2005). I Robison et al. (2009) studie beskrev deltagarna att inte kunna ägna sig åt sina aktiviteter som tidigare skapade frustration och känsla av tristess. En man som var 80 år berättade att han brukade vara självständig innan sjukdomen och att han gjorde allt i huset själv. Nu när han inte kunde göra detta längre kände han sig frustrerad över sin situation. I samband med att personer förlorade en del av sin självständighet uttryckte en deltagare i en studie av Lynch et al. (2008) en frustration över att deras anhöriga inte trodde att han klarade av enkla saker längre som innan.

### **6.1.3 Nedstämdhet och depression**

Hartman-Maeir, Soroker, Ring H, Avni och Katz (2007) resultat visade att ett år efter en stroke var ungefär en tredjedel missnöjda med de aktiviteter de utförde och flera var inte nöjda med deras förmåga att ta hand om sig själva. Tillfredsställelsen med livet var generellt lågt. Endast några var nöjda med livet som helhet. Av deltagarna hade närmare hälften misstänkt depression och en tredjedel hade en trolig depression.

Townend et al. (2010) studie visade att de som inte hade klarat av att acceptera sin funktionsnedsättning hade drabbats av depression. Dessa människor saknade de aktiviteter de kunnat göra förut och de kände sig värdelösa. Nio månader efter en stroke var de flesta av dessa personer fortfarande deprimerade och de med depression hade fortfarande svårt att acceptera sin nya situation. De som var deprimerade kände sig fångade och hjälplösa då de innan kunnat göra saker mer spontant.

### **6.1.4 Hopp och optimism**

Visioner om hoppet kunde vara olika från person till person. I Arnaert et al. (2006) studie handlade hoppet om en längtan efter att återgå till ett normalt liv efter en stroke. En önskan om att allt ska vara som vanligt och ett hopp om att komma hem. Hoppet sågs som en inre styrka som hjälpte människan när han/hon mådde dåligt. Tre av deltagarna i studien såg vårdsystemet som en källa till hopp och inte sig själva. Således hade de ett passivt hopp. Fem av deltagarna hade ett aktivt hopp vilket innebar att de hade ett hopp inom sig själva och kunde stärka sin situation med hjälp av hoppet. En av deltagarna beskrev hoppet som att det alltid fanns kvar så länge livet fanns och utan hopp hade man ingenting.

Att förlora hoppet upplevdes som något dåligt för tillfrisknandet. I återhämtningen behövdes tankar om hoppet och att fortsätta med livet sågs som att hålla dörren öppen. Detta innebar att hoppas och fortsätta jobba mot en förbättring och att inte stänga dörren på grund av hopplöshet. Det var viktigt att behålla hoppet och att fortsätta kämpa och inte ge upp (Barker & Brauer 2005).

En av de äldsta deltagarna i Arnaert et al. (2006) studie benämnde hoppet som en slags optimism. Personen beskrev ett hopp om att människor kommer bli bra igen och utan hopp blir vi deprimerade. En annan studie av Jones et al. (2007) tog upp vikten av egna mål och tilltro till sina egna styrkor för att kunna stärka personer i svårigheter. Dessa personer hade en stark önskan att kunna gå igen och uttryckte en generell optimism och hopp om deras fortsatta

behandling. Hoppet hade sett olika ut under deras återhämtningsperiod men ett mål att sträva mot hade skapat optimism och ork att fortsätta kämpa.

En man som var 59 år berättade att han kände att han skulle bli bättre och att han skulle kämpa emot sjukdomen. Han trodde allt skulle bli bra igen (Jones et al., 2007). Vidare visade Rochette och Desrosiers (2002) resultat att ett positivt tänkande och optimism var viktigt i processen att gå vidare efter en stroke. Personer med stroke hoppades på ett slags mirakel att bli bättre.

I Eilertsen et al. (2010) studie framgick att deltagarnas nya situation hade gett dem en ny medvetenhet om vad som betydde något i deras liv. De kunde fokusera mer på nuet. För att kunna bli bättre låg fokus på tålamod och att inte ge upp samt att hålla vid hoppet. En viktig känsla var att vara optimistisk.

## **6.2 AUTONOMI**

### **6.2.1 Förlorad autonomi och beroende**

En månad efter stroke kan den nya situationen vara svår att erkänna. En person i Erikson, Park och Tham (2010) beskrev hur han inte längre kunde ta några egna beslut. Han var beroende av andras förståelse för att kunna fatta några beslut. Detta skapade en osäkerhet över att personalen kanske visste mer än honom själv.

En av deltagarna i Lynch et al. (2008) studie tyckte inte om att vara beroende av andra för att ta sig till olika plaster. Han uppskattade inte känslan av att vara beroende på detta sätt. Balansen mellan autonomi och beroende kunde leda till humörsvängningar. En annan deltagare i samma studie beskrev att han fått starka emotionella reaktioner mot sina familjemedlemmar som försökte hjälpa honom. Vissa blev även arga för att de tyckte familjen emellanåt uppmuntrade till beroende. Självtändigheten kunde bli en kritisk punkt för den strokedrabbade personen i form av en kluvenhet över sin autonomi. Då de emellertid uppskattade stöd från familj och vänner kunde de känna sig obekväma med att vara beroende av andra.

En långvarig otillfredsställelse och missnöje bland personer med fysisk funktionsnedsättning sågs i samband med aktivitetsbegränsning och begränsat deltagande (Hartman-Maeir et al., 2007). Att inte kunna göra saker som innan och att vara så här rapporterade över två-tredjedelar av deltagarna i Townend et al. (2010) studie som ett stort problem. Några bekymrade sig över att inte kunna göra dagsaktiviteter såsom handla och hushållsarbete på samma sätt som tidigare.

I Jones et al. (2008) studie upplevde personerna att ett beroende av andra innebar en känsla av en förlorad kontroll och en känsla av hopplöshet emellanåt. Dock nämnde de att beroendet kunde fungera som en sporre att försöka själv och vissa försökte mer för att inte bli ytterligare beroende. Det var viktigt för personerna att själva komma på och upptäcka olika sätt att hjälpa sig själva för att stärka sin autonomi.

Att kunna återgå till sitt arbete igen var också en viktig aspekt för självständigheten (Robison et al., 2009). I Robison et al. (2009) resultat hade endast två av sju börjat arbeta igen tolv

månader efter insjuknandet. De som inte arbetade skulle vilja börja arbeta igen. I denna studie hade även deltagarna haft körkort innan deras stroke och möjligheten att kunna köra igen sågs också som viktigt och en del av vardagen. Det var med bilen personerna kunde ta sig till jobbet, shoppa, ägna sig åt fritidsaktiviteter och interagera med andra. De som inte kunde köra längre kände att de förlorat en del av sin självständighet på grund av att de inte kunde ta sig till aktiviteter på samma sätt som innan.

## **6.2.2 Acceptans**

De som inte kunde acceptera sin funktionsnedsättning hade lättare att få depression då de saknade aktiviteter som de kunnat göra innan. De som hade accepterat sin nya livssituation blev hjälpta av att tänka att så är livet. Dessa personer fokuserade på vad de fortfarande kunde göra och gjorde saker fast på andra sätt och vissa aktiviteter brydde de sig inte om längre. Personerna som hade accepterat sitt nya tillstånd levde mer i nuet och tänkte att det kunde varit värre (Townend et al., 2010).

Att kunna känna en personlig kontroll var viktigt för att kunna gå vidare samt ett eget ansvar för sin progress i sjukdomen och att ha egna mål (Jones et al., 2007). Robison et al. (2009) resultat visade att personerna inte längre hade samma energi och att det mesta tog längre tid. Emellertid försökte de hitta aktiviteter som passade dem och göra dessa aktiviteter så gott det gick. Personerna hade accepterat hjälp och även tolererat ett sämre utförande i vissa aktiviteter. För att kunna anpassa sig till sina fysiska begränsningar var det viktigt med positiva tankar och i Lynch et al. (2008) studie hanterade individerna sjukdomen som ett test.

I Eilertsen et al. (2010) studie följdes deltagarna i fyra olika faser för att kunna se transitionen i sjukdomstillståndet. I den första fasen, 0-2 månader efter insjuknandet var deras största bekymmer den kroppsliga förändringen. I den andra fasen, 2-6 månader efter insjuknandet var problemet aktiviteter i det dagliga livet. I den tredje, 6-12 månader efter insjuknandet var självinsikten om sitt tillstånd viktig. Slutligen i den fjärde fasen, 12-24 månader efter insjuknandet låg fokus på att fortsätta med livet så gott det gick.

Det var i fas tre som acceptansen började komma. Sjukdomen presenterade ett skifte till ett nytt liv och känslomässigt hade kvinnorna börjat en process om vad som hänt dem. Under hela processen hade deltagarna tagit en sak i taget (Eilertsen et al., 2010).

## **6.3 SOCIALA SAMMANHANG**

### **6.3.1 Förändrad roll**

Ett ökat beroende av andra kunde förutom oro också leda till en förändrad roll (Jones et al., 2007). I en förändrad roll kunde identiteten bli hotad. En person som innan hade sett sig som en aktiv och social person kunde genom att bli mer begränsad få en annan roll än tidigare (Robison et al., 2009).

Trots begränsningar hade nästan alla personer i Robison et al. (2009) studie försökt återgå till de aktiviteter som betydde något för dem innan de drabbades av stroke. Detta gick olika bra

beroende på funktionsnedsättning. En person tyckte att hon hade blivit en helt annan människa på grund av sin fysiska funktionsnedsättning och slöheten. Hon trodde inte hon kunde utföra sitt arbete längre.

Ett socialt stöd kunde i vissa situationer leda till stress i relationerna och annorlunda förhållanden till andra. Personen kunde få en förändrad relation till sina anhöriga. Förändrade roller var relaterat till problem med beroende och socialt stöd. Rollerna förändrades drastiskt när personen inte klarade av att arbeta längre då arbetet var en viktig del i autonomin. Ändrade roller kunde utmana relationer om personen med stroke inte längre kunde utföra deras vanliga aktiviteter (Lynch et al., 2008). Hartman-Maeir et al. (2007) studie visade på att över hälften av deltagarna hade gett upp deras vanliga aktiviteter efter en stroke.

Vidare tog personer med stroke sig an färre roller än de utan stroke. Jämfört med en frisk äldre grupp utförde de strokedrabbade personerna inte lika ofta fritidssysslor och aktiviteter. Emellertid ökade tillfredställelsen om personen hade fler betydande roller medan färre roller visade på sämre tillfredställelse i livet. Personerna upplevde deras roller som värdefulla (McKenna, Liddle, Brown, Lee & Gustafsson 2009).

### **6.3.2 Stöd i sociala relationer**

I Erikson et al. (2010) var det viktigt med stöd från anhöriga en månad efter stroke. De skulle finnas där för stöd och information åt den som drabbats. Vidare beskrev deltagarna en stress över sin nya situation och hur den påverkade deras relationer. De tyckte det blev jobbigt för deras anhöriga som nu fick ta större ansvar i hushållet. Dessa personer kände sig som en börda och vissa upplevde att det var deras anhöriga som behövde stöd och hjälp. Familjen och personen med stroke försökte hitta nya sätt att göra saker ihop i den nya livssituationen.

Emellertid kunde vänner och familj välja att stödja eller att inte stödja den strokedrabbade personen. Lynch et al. (2008) studie visade på en negativ aspekt där det fanns de som inte var stödjande och som slutade kommunicera med personen som fått stroke. En man beskrev att alla kollegor stod vid hans sida men att hans egen dotter hade svårt att ta in att hennes pappa hade drabbats av stroke. Hon kunde inte se honom som en normal person längre.

Överlag sågs familj och vänner som något positivt som hjälpte den strokedrabbade personen och stärkte hoppet inför framtiden (Arnaert et al., 2006). Det var av största vikt att de som stöttade var uppmuntrande för att kunna stärka personen. Stöd från familj, vänner och andra strokedrabbade stärkte både det fysiska och emotionella hos dessa personer (Barker & Brauer 2005). Erikson et al. (2010) resultat visade även att inspiration och tillhörighet kunde nås genom aktiviteter med andra eftersom aktiviteter med andra fick personerna att interagera mer. Gemenskapen med andra innebar att de fick chans att reflektera över vad som verkligen var viktigt i livet. Förutom vänner och familj var det även viktigt att träffa kollegor. Genom denna tillhörighet kunde personen få ny energi.

Även vårdpersonalen upplevdes som ett viktigt stöd och hjälpte personerna att vara positiva (Arnaert et al., 2006). För att kunna gå vidare hade vårdpersonal ett stort ansvar i att informera

och stödja individen (Barker & Brauer 2005). Stöd från sjukvården gjorde att personen inte kände sig övergiven. De som upplevde hemgången från sjukhuset positivt var de som kände stöd och hade fått den information de behövde (Ellis-Hill et al., 2009). Genom att få professionell hjälp på sjukhuset förbereddes personen inför hemgång och det var viktigt att vårdpersonalen hjälpte till med transitionen från sjukhuset till livet hemma (Robison et al., 2009).

Vissa personer såg det som sitt eget ansvar att bli bättre och hade fått information och undervisning av personal. För dem var det viktigt med feedback (Barker & Brauer 2005). Det var betydelsefullt för personerna att komma på och upptäcka sätt att hjälpa sig själva. Vissa kunde känna sig passiva hos olika terapeuter. Dock skapades genom träning motivation och mod att fortsätta kämpa mot förbättring (Jones et al., 2008).

Det ansågs vara återhämtande om personerna fick komma hem. Hemma fanns chansen att leva ett så normalt liv som möjligt. Att komma hem var en del i processen att bli bättre (Jones et al., 2008). Emellertid blev det för vissa en svårighet att komma hem då det inte alltid var lika anpassat i hemmet som på sjukhuset. Hemmet kunde kännas främmande och den säkra känslan som byggts upp på sjukhuset blev utmanad. Detta kunde skapa en känsla av besvikelse (Ellis-Hill et al., 2009). I Robison et al. (2009) studie försökte personerna hitta nya aktiviteter för att tillhandahålla en sysselsättning och sociala kontakter. Några använde sig av teknologi mer och handlade t.ex. mat online. En person hade börjat e-posta och skaffat webbkamera för att hålla kontakt med sin son och hans familj.

## **7 DISKUSSION**

### **7.1 METODDISKUSSION**

En litteraturstudie valdes då min tanke var att göra en översikt av forskningsresultat inom ett specifikt område. I mitt resultat fanns både kvantitativa och kvalitativa artiklar redovisade. Emellertid var de kvalitativa artiklarna dominerande i form av åtta stycken. De kvalitativa studierna handlade om personers upplevelser och var därför relevanta till syftet. De tre kvantitativa studierna har haft olika antal deltagare och har visat på validitet och reliabilitet. De har även t-testats och visat på olika korrelationer vilket stärker trovärdigheten ytterligare. Townend et al.(2010) studie har varit både kvalitativ och kvantitativ.

Sammanlagt valdes tolv vetenskapliga artiklar som alla var från senast 2001. Detta ger ett uppdaterat resultat med aktuell forskning. De flesta av deltagarna har varit över 45 år med undantag från studien av Arnaert et al. (2006) där den yngsta personen var nitton år. I denna studie hade personerna även en form av mild stroke vilket innebar att de klarade det mesta självständigt. Arnaert et al. (2006) artikel var ändå relevant då sex av deltagarna var äldre och trots att personerna hade en mild stroke hade deras livssituation förändrats och artikeln presenterade framförallt begreppet hopp. Artiklarna som användes var från Sverige, England, Skottland, Canada, USA, Australien, Nya Zeeland och Israel. Därmed är de flesta av artiklarna från västvärlden vilket kan vara en styrka då dessa länder har en likartad syn på vård. En svaghet i resultatet är emellertid att resultatet inte representerar övriga delar av världen.

För att kunna få fram ett resultat som var sammanhängande var det viktigt att få fram teman och subteman. Trots att tema och subtema framförallt används vid analys av kvalitativ forskning fick jag fram det även i de kvantitativa artiklarna. Teman visar på det som var det viktigaste i artiklarna medan subteman visar på ett mer specifikt resultat (Friberg 2006). Vidare var alla artiklarna etiskt godkända vilket tyder på att jag gjort ett forskningsetiskt övervägande när jag valde ut mina artiklar.

## **7.2 RESULTATDISKUSSION**

Resultatet visade att personer som drabbas av fysisk funktionsnedsättning orsakad av stroke reagerar på olika emotionella plan. En av reaktionerna berörde rädsla och oro över olika saker i livet (Arnaert et al., 2006). Några var oroliga över en förlorad förmåga som de hade fått och några var rädda och oroliga inför framtiden som kändes oviss på grund av sjukdomen (Jones et al., 2007). Ett sjukdomslidande kan innebära en slags avvikelse från det som varit och lidandet kan upplevas på olika sätt och det är viktigt att se till varje enskild individ (Birkler 2007).

Ett intressant betraktande i resultatet var om den konkreta rädslan av att ramla (Robison et al., 2009). Detta kan skapa ett sjukdomslidande då personen inte tycker att han/hon är sig själv längre (Birkler 2007). Det är viktigt att kunna se hos strokedrabbade personer att det kan finnas en rädsla över den förlorade kontrollen över sin egen kropp. Ett subtema i de emotionella reaktionerna blev frustration och att inte kunna klara saker som innan skapade frustration i form av ilska och besvikelse (Barker & Brauer 2005).

Att inte längre kunna göra det personen klarade innan sjukdomen ledde till att många var missnöjda kände en låg livstillfredsställelse (Hartman-Maeir et al., 2007). Det var vanligt med depression i samband med stroke (Townend et al., 2010). Sjukdomslidandet kan uttryckas som att personen är helt utom sig. Att se till personens hela livsvärld är viktigt för att kunna utgå från dess situation och få en inblick i hur livet varit innan sjukdomen (Birkler 2007).

Resultatet visade att en strokedrabbad personen behövde acceptera det nya tillståndet för att kunna gå vidare. Att fokusera på vad personen fortfarande kunde göra var en del i att acceptera (Robison et al., 2009, Townend et al., 2010). Det kunde vara svårare att acceptera i början och i första fasen var det svårt att acceptera den nya situationen (Eilertsen et al., 2010). I det multidisciplinära teamet har sjuksköterskan en viktig roll när det gäller att förbereda personen på de förändringar som kan uppstå vid en stroke (Nolan & Nolan 1998).

Personernas upplevelser när det handlar om emotionella reaktioner var överlag i form av negativa aspekter. Dock fanns det ett subtema som fokuserade på det positiva. Detta handlade om upplevelsen av hopp och optimism. Det var tänkvärt att se hur hoppet kan te sig olika från individ till individ. Trots det handlar hoppet om en inre styrka som människan bär med sig. Många ansåg att hopp var nödvändigt för att klara att gå vidare i sjukdomen. Optimism var en känsla som gick att finna i hoppet och att tänka positivt stärkte dessa personer (Arnaert et al., 2006, Barker & Brauer 2005, Jones et al., 2007). Parse (1999) talar om att hoppet förstås när man vet vad hopplöshet är.



Autonomi var en betydelsefull del i resultatet. En förlorad autonomi och ett beroende av andra var jobbigt för personen som drabbats (Lynch et al., 2008, Townend et al., 2010, Jones et al., 2008). Malmsten (2007) menar att i dagens samhälle förväntas vi vara autonoma och för en person som blir beroende kan självständigheten rubbas. Detta kunde skapa starka känslor gentemot familjen som var de som kanske behövde hjälpa den strokedrabbade personen (Lynch et al., 2008) Målsättningen med omvårdnaden för en strokedrabbad person bör bl.a vara att hjälpa personen att planera och genomföra handlingar som hör till det dagliga livet. Vården ska vara individanpassad och målinriktad (Engström, Nilsson & Willman 2005).

Att förlora sin autonomi kunde fungera som en drivkraft att försöka ännu mer själv. I detta fall var alltså rädslan att bli beroende en stark sporre att försöka klara saker själv. Egenvård ansågs viktigt för att stärka självständigheten (Jones et al., 2008). Integritet och autonomi är starkt sammanlänkade. Integriteten finns alltid med oss medan autonomin kan ändras under livets gång (Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009). En subjektiv relation och en ömsesidig interaktion är ytterst viktigt för personens egenvård (Orem 2001, Eriksson 1987). Det krävs även kunskap för att vara delaktig och självbestämmande (Socialstyrelsen 2011). Vidare visade Robison et al. (2009) artikel att arbetet var viktigt för autonomin. Dessvärre var det bara Robison et al. (2009) studie som tog upp arbetet mer specifikt och det skulle behövts mer studier som stärkte dess betydelse. Denna artikel visade även att kunna köra bil gav en frihetskänsla och var en del i självständigheten. De som inte kunde köra kände ett beroende vilket var besvärligt för dessa deltagare som innan kunnat ta sig vart som helst (Robison et al., 2009).

En förändrad roll hos dessa personer hörde ihop med ett ökat beroende och att vara mer begränsad än innan (Lynch et al., 2008, Hartman-Maeir et al., 2007). En av deltagarna i Robison et al. (2009) beskrev att hon hade blivit en helt annan människa vilket tyder på att stroke kan förändra en person och att det kan vara påfrestande att drabbas av sjukdomen. Några upplevde en annorlunda roll gentemot sina anhöriga (Lynch et al., 2008). Behovet av ADL hjälp kan förändras vid skada eller sjukdom och ett vårdbehov kan uppkomma när en person ofrivilligt blir beroende av en annan människas hjälp (Hulter Åsberg 1990). Resultatet visade att det var viktigt för dessa personer att få ha kvar sina roller för livstillfredsställelsen. Det kunde vara en roll som familjemedlem, vän eller kollega (McKenna, Liddle, Brown, Lee & Gustafsson 2009).

Vidare visade resultatet att det var viktigt med stöd från familj, vänner och kollegor för att kunna gå vidare i sin nya situation (Erikson et al., 2010, Arnaert et al., 2006, Barker & Brauer 2005). En negativ synvinkel när det gäller stöd från närstående togs upp i Lynch et al. (2008) studie där en anhörig inte kunde acceptera den strokedrabbade personen. Detta visar att det inte är givet att anhöriga klarar av att vara där som stöd.

Förutom familj, vänner och kollegor upplevdes även vårdpersonalens stöd som framstående i resultatet. Att få rätt information och känna stöd från personalen stärkte personerna (Arnaert et al., 2006, Barker & Brauer 2005, Ellis-Hill et al., 2009, Robison et al., 2009). God vård bör enligt Socialstyrelsens Nationella utvärdering-Strokevård (2011) bl.a. vara patientfokuserad.

Målet ska vara att hjälpa personen att förbättra och bevara hälsa (Engström, Nilsson & Willman 2005). För att få personen delaktig krävs förståelse och insikt om hälsa, vård och behandling. Individer är experter på hur de upplever sin situation men de behöver hjälp av vården i form av dess kompetens (Socialstyrelsen 2011).

Sjuksköterskan möter personen i transitionen och samtlig vårdpersonal måste hjälpa han/hon att gå vidare i processen att försöka nå ett nytt stabilt tillstånd (Meleis 2000) Att drabbas av stroke innebär att transitionen startas upp och att komma tillbaka kan i början ses som ett kaos för att sedan byggas upp till något stabilt vilket kan leda till en acceptans (Rittman et al., 2004). Resultatet visar att transition pågår hela tiden hos en strokedrabbad person. Emotionella reaktioner, autonomi, beroende, acceptans och stöd är viktiga komponenter under denna process. Transitionen kan emellertid skilja sig från individ till individ (Rittman et al., 2004).

### **7.3 SLUTSATS**

Resultatet visar att personer med fysisk funktionsnedsättning orsakad av stroke upplever olika emotionella reaktioner. De fyra reaktionerna är Rädsla och oro, Frustration, Nedstämdhet och depression samt Hopp och optimism. Vidare upplever personerna förlorad autonomi och ett beroende av andra. Acceptans är en viktig del i upplevelsen. I det sociala sammanhanget upplever personerna en förändrad roll och att relationerna till familj, vänner och vårdpersonal är betydelsefullt för att kunna gå vidare. Genom mer forskning om ämnet kan dessa personernas upplevelser upplysas ytterligare och omvårdnaden stärkas.

### **7.4 PRAKTISKA IMPLIKATIONER**

Uppsatsen kan användas för vårdpersonal som arbetar med strokevård. Detta kan vara på en strokeavdelning men även inom hemsjukvård eller vårdcentral där dessa personer även kan befinna sig. Min förhoppning är att resultatet kan skapa bättre förståelse och kunskap om hur strokedrabbade personer med fysisk funktionsnedsättning orsakad av stroke upplever sin nya livssituation. På så sätt kan sjukvården hjälpa och stärka dessa personer och sjuksköterskan ge den omvårdnad som krävs för återhämtningen hos dessa individer.

## 8 REFERENSER

Artiklar använda i resultatet är markerade med en \*.

\*Arnaert, A. Filteau, N. Sourial, R. (2006). Stroke patients in the acute care phase- Role of hope in self-healing. *Holistic Nursing Practice* 20(3): 137-146

\*Barker, R.N. Brauer, S.G. (2005). Upper limb recovery after stroke: The stroke survivors` perspective. *Disability and Rehabilitation*. 27(20): 1213-1223.

Birkler, J (2007). *Filosofi och omvårdnad- Etik och människosyn*. Stockholm: Liber:

\*Eilertsen, G Kirkevold, M. Bjørk, IT. (2010). Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women. *Journal of Clinical Nursing*. Jul; 19(13/14): 2004-13 (47 ref).

\* Ellis-Hill, C. Robison, J. Wiles, R. McPherson, K. Hyndman, D. Ashburn, A (2009). Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. *Disability and Rehabilitation*. Jan: 31 (2): 61-72 (33 ref).

Engström, B. Nilsson, R. & Willman, A. (2005). *Omvårdnad vid stroke: state of the art*. Stockholm: Gothia.

\*Erikson, A. Park, M. Tham, K. (2010). Belonging: a qualitative, longitudinal study of what matters for persons after stroke during the one year of rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. Oct;42(9):831-8.

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist och Wiksell

Friberg, F (2006). *Dags för uppsats: - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Hamner, K. Mogensen, O. O.C Hall, E (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2009; 23; 549-557.

\*Hartman-Maeir, A. Soroker, N. Ring, H. Avni, N. Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability & Rehabilitation*. Apr 15; 29(7): 559-66 (31 ref).

Hulter Åsberg, K. (1990). *ADL-trappan*. Lund: Studentlitteratur

\*Jones, F. Mandy, A. Partridge, C. (2008). Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal experience. *Disability and Rehabilitation*. 2008; 30(7): 507-516.

\*Lynch, EB. Butt, Z. Heinemann, A. Victorson, D. Nowinski, CJ. Perez, L. Cella, D. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. *Journal of Rehabilitation Medicine*. Jul; 40(7): 518-23 (27 ref).

Malmsten, K (2007) *Etik i basal omvårdnad: ... i någon annans händer...* Lund: Studentlitteratur

\*McKenna, K. Liddle, J. Brown, A. Lee, K. Gustafsson, L. (2009). Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*. Jun; 56(3): 177-88 (61 ref).

Meleis, A. Sawyer, L. Im, E. Messias, D. Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Mätzch, T & Gottsäter, M.(2007). *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Stockholm: Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin 2011 [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16]  
[http://www.ne.se/sve/delaktighet?i\\_h\\_word=delaktighet](http://www.ne.se/sve/delaktighet?i_h_word=delaktighet)

Nolan M & Nolan J (1998). Stroke. 1: A paradigm case in nursing rehabilitation. *British journal of nursing* 1998 7 (6):316-322. (a.).

Orem, D.E (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. S: t Louis: Mosby.

Parse, R.R (1999). *Hope. An International Human Becoming Perspective*. London: Jones and Bartlett and National League for Nursing

Riks- stroke årsrapport 2010. [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16] [http://www.riks-stroke.org/content/analyser/Riks-Stroke\\_Årsrapport2010.pdf](http://www.riks-stroke.org/content/analyser/Riks-Stroke_Årsrapport2010.pdf)

Rittman, M. Faircloth, C. Boylstein, C. Gubrium, J.F. Williams, C. Van Pyombroeck, M. Ellis, C. (2004). The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. Volume 41, Number 3A, Pages 259-268.

\*Robison, J. Wiles, R. Ellis-Hill, C. McPherson, K. Hyndman, D. Ashburn, A. (2009). Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? *Disability & Rehabilitation (DISABIL REHABIL)*, 2009; 31(19): 1555-66 (35 ref).

\*Rochette, A. Desrosiers, J. (2002). Coping with the consequences of a stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*. Jan; 25(1): 17-24 (25 ref).

Socialstyrelsen 2011. *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal - Aktuell från 1 januari 2011*. [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16]  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18239/2011-2-7.pdf>

Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011- Strokevård. Delrapport: Landstingets insatser. [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16]  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18350/2011-6-3.pdf>

Socialstyrelsen 2009. *Nationella riktlinjer för strokesjukvård*. [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16] <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17790/2009-11-4.pdf>

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16] [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning*. [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16] <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1.pdf>

Stroke Riksförbundet [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16] [http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad är stroke?](http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20%C3%A4r%20stroke%3F)

Svensk författningssamling (SFS). Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16] <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

\*Townend, E. Tinson, D. Kwan, J. Sharpe, M. (2010). 'Feeling sad and useless': an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*. Jun; 24(6): 555-64 (38 ref).

World Health organisation (2011). *Chronic diseases and health promotion* [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16] <http://www.who.int/chp/steps/stroke/en/index.html>

World Health organisation (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control Policies, strategies and interventions* [ Elektronisk resurs] Tillgänglig [2011-12-16] [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf)

**Översikt av litteratursökningar (n=21) \* markerade artiklar valdes ut till arbetet. Se**  
 Artikelsökning Bilaga 2

**Bilaga 1**

<b>Databas/ Datum för sökning</b>	<b>Sökordskombinationer</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Träffar/ Urval</b>	<b>Titel</b>
Pubmed 2011-10-31	Stroke and patient experience	Humans 10 years back Age: 45+ English	23/0	
Pubmed 2011-10-31	Stroke and coping	Humans 10 years back Age: 45+ English	63/2	1.* A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships.  2. Belonging: a qualitative, longitudinal study of what matters for persons after stroke during the one year of rehabilitation.
Pubmed 2011-10-31	Stroke and adaptation	Humans 10 years back Age: 45+ English	104/0	
Pubmed 2011-10-31	Stroke and physical disability	Humans 10 years back Age: 45+ English	190/3	1.* Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps?  2. Long- term outcome after stroke: evaluating health- related quality of life using utility measurements.  3. An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behaviour following stroke: findings from a focus group study of patients and family members.
Pubmed 2011-10-31	Post stroke and activities of daily living	Humans 10 years back Age: 45+ English	65/0	
Cinahl 2011-10-31	Stroke AND patient experience*	Peer reviewed Research article Abstract available	26/1	*Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study

		Age: 45-64 years, 65+ years. English Publication date: 2001-2011		of older Norwegian women.
Cinahl 2011-10-31	Stroke AND physical disability*	Peer reviewed Research article Abstract available Age: 45-64 years, 65+ years. English Publication date: 2001-2011	36/1	*Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps?
Cinahl 2011-10-31	Stroke AND coping* AND recovery*	Peer reviewed Research article Abstract available Age: 45-64 years, 65+ years. English Publication date: 2001-2011	21/2	1.* Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal experience.  2. Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members.
Cinahl 2011-10-31	Stroke AND adaptation*	Peer reviewed Research article Abstract available Age: 45-64 years, 65+ years. English Publication date: 2001-2011	168/4	1.* Coping with the consequences of a stroke.  2.* 'Feeling sad and useless': an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke.  3. Interdependence of stroke survivors recovery and their relatives attitudes and health: A contribution to investigating the causal effects.  4. Waiting to get better: a dilemma regarding habits in daily occupations after stroke.
Cinahl 2011-10-31	Post stroke AND activities of daily living*	Peer reviewed Research article Abstract available Age: 45-64 years, 65+ years. English Publication date: 2001-2011	86/3	1.*Activities, participation and satisfaction one-year post stroke.  2.*Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke.

				3. Psychosocial consequences of stroke: A long term population-based follow up.
Cinahl 2011-11-02	Stroke AND hope*	Peer reviewed Research article Abstract available Age: 45-64 years, 65+ years. English Publication date: 2001-2011	39/3	1.* Upper limb recovery after stroke: The stroke survivors perspective.  2.* Stroke patients in the acute care phase: role of hope in self-healing.  3. Hopeful thinking, participation, and depressive symptoms three months after stroke.
Cinahl 2011-11-02	Stroke AND transition*	Peer reviewed Research article Abstract available Age: 45-64 years, 65+ years. English Publication date: 2001-2011	80/2	1. *Going home to get on with life: patients and careers experiences of being discharged from hospital following stroke.  2. Transition to home care after stroke: Depression, physical health, and adaptive processes in support persons.



**Artikelöversikt (n=12)**

**Bilaga 2**

<b>Författare/Titel/Tidskrift</b>	<b>Studiens syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Arnaert, A. Filteau, N. Sourial, R. (2006). Stroke patients in the acute care phase- Role of hope in self-healing. <i>Holistic Nursing Practice</i> 20(3): 137-146	Att utforska 8 stycken patienters upplevelse av hopp under det akuta omhändertagandet av stroke.	Kvalitativ studie med komparativ metod. Semistrukturerade enskilda intervjuer. Intervjuerna tog plats 15 dagar post stroke.	Fem teman genererades: berättande, visioner om hoppet, oro över framtiden, olika sorts hopp och självhealing. Två typer av hopp identifierades: ett passivt och ett aktivt.
Barker, R.N. Brauer, S.G. (2005). Upper limb recovery after stroke: The stroke survivors` perspective. <i>Disability and Rehabilitation</i> . 27(20): 1213-1223.	Undersökte hur 19 personer som drabbats av funktionsnedsättning i armarna orsakad av stroke upplevde sin återhämtning.	Kvalitativ studie med tre fokusgrupper och två fördjupande intervjuer. Analys med Grounded theory.	Återhämtning genom: att hålla dörren öppen, fortsätta hoppas och jobba mot en förbättring. Anpassa sig till nya livssituationen. Lyckades genom att hålla ut, få stöd av andra, träning och fortsätta framåt.
Eilertsen, G. Kirkevold, M. Bjørk, IT. (2010). Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . Jul; 19(13/14): 2004-13 (47 ref).	Ta reda på hur äldre kvinnor upplevde sin återhämtning efter en stroke och hur den karaktäriserades.	Kvalitativ studie med 6 kvinnor mellan 63-83 år som upplevt en första stroke. Fördjupande intervjuer första två åren efter insjuknandet. Analys med en filosofisk hermeneutisk metod.	Post stroke återhämtning delades in i fyra faser. I den första var kroppens förändring i fokus, i den andra aktiviteter, den tredje självinsikt och den sista att fortsätta med livet.
Ellis-Hill, C. Robison, J. Wiles, R. McPherson, K. Hyndman, D. Ashburn, A. (2009). Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. <i>Disability and Rehabilitation</i> Jan: 31 (2):	Att utveckla en förståelse för vad som är god och dålig upplevelse i transitionen från sjukhus till hemmet efter en stroke.	Kvalitativ studie med 20 deltagare. Semi strukturerade intervjuer en månad efter utskrivning. Intervjuerna blev transkriberade, kodade och	Återhämtning: Känsla av ett momentum och fortsätta med livet. Viktigt med stöd och att vara informerad.

61-72 (33 ref).		analyserade.	
Erikson, A. Park, M. Tham, K. (2010). Belonging: a qualitative, longitudinal study of what matters for persons after stroke during the one year of rehabilitation. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> . Oct;42(9):831-8.	Undersöka meningen med att interagera med andra på olika platser över ett år efter en stroke.	Kvalitativa intervjuer med 9 personer. Analys med Grounded theory.	Fyra kategorier identifierades: inte känna igen sig, att vara en börda, tillhörighet genom andra och verklighetsanpassning genom interaktion med andra.
Hartman-Maeir, A. Soroker, N. Ring, H. Avni, N. Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i> . Apr 15; 29(7): 559-66 (31 ref).	Utvärdera kroniska konsekvenser av stroke i termer om aktivitetsbegränsning, mindre deltagande och missnöje.	Kvantitativ studie med 56 patienter som utvärderades ett år efter i hemmet. Följande mätinstrument användes: Functional Independence Measure (FIM), Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire (IADLq), Activity Card Sort (ACS), a work questionnaire, Life- Satisfaction Questionnaire (Li-Sat 9) and the Geriatric Depression Scale (GDS)	Visade b.l.a. på att 39 % var nöjda med livet i helhet. Ett långvarigt missnöje i samband med aktivitetsbegränsning.

<p>Jones, F. Mandy, A. Partridge, C. (2008). Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal experience. <i>Disability and Rehabilitation</i>. 2008; 30(7): 507-516.</p>	<p>Syftet var att lära sig mer om den individuella tilltron och personliga strategier under återhämtningen av en stroke.</p>	<p>Kvalitativ studie med 10 personer som haft stroke för 6 v eller 13 mån sedan. Fördjupande intervjuer och kontenta analys.</p>	<p>Två kategorier identifierades: Interna faktorer såsom personlig kontroll, optimism och rädsla för beroende. Samt externa faktorer som influenser av andra.</p>
<p>Lynch, EB. Butt, Z. Heinemann, A. Victorson, D. Nowinski, CJ. Perez, L. Cella, D. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i>. Jul; 40(7): 518-23 (27 ref)</p>	<p>Undersöka hur stroke påverkar livskvalitén på lång sikt.</p>	<p>Kvalitativ metod. Fokus grupper med nio stycken deltagare.</p>	<p>Huvudkategorier som identifierades var: socialt stöd, copingstrategier, kommunikation, fysiska funktioner och självständighet.</p>
<p>McKenna, K. Liddle, J. Brown, A. Lee, K. Gustafsson, L. (2009). Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>. Jun; 56(3): 177-88 (61 ref).</p>	<p>Studien syfte var att undersöka hur tiden användes, roll och medverkan samt tillfredsställelse i livet hos stroke drabbade. Jämförelse med en grupp som inte fått stroke.</p>	<p>Kvantitativ metod med 23 deltagare 1-3 år efter insjuknandet. 65 år och äldre. Följande mätinstrument användes: The Activity Configuration, The Role Checklist. Life Satisfaction Index-Z</p>	<p>Visade på att de som drabbats av stroke spenderade mestadels av tiden sovandes eller med ensamma aktiviteter. Deltagarna engagerade sig mindre i aktiviteter jämfört med de utan stroke. Fler roller ökade livstillfredsställelsen.</p>
<p>Robison, J. Wiles, R. Ellis-Hill, C. McPherson, K. Hyndman, D. Ashburn, A. (2009). Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>. 31(19):</p>	<p>Utveckla en förståelse av vad som hjälper eller hindrar återtagande av betydande aktiviteter 12 månader efter insjuknandet.</p>	<p>Kvalitativ longitudinal studie. Semi strukturerade intervjuer med 19 personer. Intervjuerna blev transkriberade,</p>	<p>Resultatet visade att betydande aktiviteter var relaterat till arbetet, sociala roller, köra, hobbies och sport. Utfallet berodde på den fysiska funktionsnedsättningen,</p>

1555-66 (35 ref).		kodade och djupanalyserade.	miljö, anpassning och stöd från andra.
Rochette, A. Desrosiers, J. (2002). Coping with the consequences of a stroke. <i>International Journal of Rehabilitation Research</i> . Jan; 25(1): 17-24 (25 ref).	Studiens syfte var att undersöka olika typer av copingstrategier, om strategierna förändras över tid och om de är relaterade till ålder, kön, handikapp och depression.	Kvantitativ studie med 76 deltagare. 24-93 år, medel 68. Data hämtades 2 v- 6 mån efter i hemmet. Följande mätinstrument användes: Ways of Coping Questionnaire, Measure of the Actualization of Potential, LIFE-H och Beck Depression Inventory.	Visade på att visa copingstrategier är mer effektiva än andra. Positivt tänkande är en viktig faktor.
Townend, E. Tinson, D. Kwan, J. Sharpe, M. (2010). 'Feeling sad and useless': an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. <i>Clinical Rehabilitation</i> . Jun; 24(6): 555-64 (38 ref).	Studera sambandet mellan anpassning av handikapp och depression efter en stroke.	En kvantitativ och kvalitativ design. 89 stycken deltagare 1 månad efter stroke och 81 stycken nio månader efter insjuknandet.	En tredjedel hade depression 1 månad efter stroke. 30 % efter nio månader. Att inte acceptera sjukdomen ökade risken för depression.