



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

STROKE

En litteraturstudie om patienters upplevelser och
sjuksköterskans omvårdnad

MALIN SAMUELSSON
BEATRICE WALLDÉN

Examensarbete
Kurs VT -03
Sjuksköterskeprogrammet
Maj 2005

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: info@hs.mah.se

STROKE

En litteraturstudie om patienters upplevelser och sjuksköterskans omvårdnad

Malin Samuelsson
Beatrice Walldén

Samuelsson, M & Walldén, B

Stroke. En litteraturstudie om patientens upplevelse och sjuksköterskans omvårdnad.

Examensarbete i omvårdnad 10 poäng. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2005.

Stroke drabbar varje år ca 25 000-30 000 människor i Sverige och är den tredje vanligaste dödsorsaken. Det är ofta förödande att drabbas, både för patienten och för de anhöriga. Som sjuksköterska bidrar man med stöd och har en betydande roll under rehabiliteringstiden. *Syfte:* Syftet med denna litteraturstudie var att belysa de strokedrabbades situation och undersöka hur dessa patienter kan stödjas. Frågeställningarna var: Hur upplever en patient som drabbats av stroke sin situation ca ett år efter insjuknandet? På vilket sätt kan sjuksköterskan under vårdtiden bemöta och stödja patienter som drabbats av stroke? *Metod:* Litteraturstudien bygger på nio kvalitativa studier och en som är kombinerad kvalitativ och kvantitativ. *Resultat:* Resultatet redovisas utifrån frågeställningarna och delas in i underkategorier och teman.

Nyckelord: cerebrovasculära sjukdomar, livskvalitet, omvårdnad, patientens upplevelse, rehabilitering, stroke

STROKE

A literature review about the patients' conceptions and the nursing.

Malin Samuelsson
Beatrice Walldén

Samuelsson, M & Walldén, B
Stroke. A literature review about the patient's conceptions and the nursing.
Degree project, 10 Credit Points. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2005.

Stroke strikes around 25 000-30 000 people in Sweden every year and it is the third most common cause of death. It is usually devastating, both for the patient and the relatives. As a nurse you contribute with support and you have an important role during the time of rehabilitation. *Purpose* of this study was to illuminate the situation of a patient hit by a stroke and to investigate how these patients can be supported. Questions were: How does a patient hit by a stroke experience his situation approximately one year after the event. In witch way can the nurse support and meet the patient during the stay at the hospital? *Method:* This literature review was based on nine qualitative studies and one study that combine qualitative and quantitative methods. *Result:* The result is presented on the basis of the questions and is divided into subcategories and themes.

Keywords: cerebrovascular accident, nursing, patient's conception, quality of life, rehabilitation, stroke

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Stroke	4
Epidemiologi	4
Etiologi och Patofysiologi	5
Riskfaktorer	5
Symtom	5
Akut behandling	6
Omvårdnad	6
Strokeenheter	7
Styrdokument	7
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	8
METOD	9
Litteratursökning	9
Tabell 1	10
Kvalitetsgranskning	10
Databearbetning och resultatsammanställning	10
RESULTAT	11
Patientens upplevelse	11
Figur 1	11
Funktionsnedsättningar	11
Emotionella problem	13
Den psykosociala situationen	14
Livskvalitet	15
Sjuksköterskans roll	17
Figur 2	17
Omvårdnad	17
Stödjande	18
Samordnande	20
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Inklusionskriterier	21
Litteratursökning	21
Kvalitetsgranskning	22
Resultatsammanställning	22
Resultatdiskussion	23
Patientens upplevelse och livskvalitet	23
Sjuksköterskans roll	24
Slutsats samt förslag till vidare forskning	26
REFERENSLISTA	27
BILAGA 1: Kriterier för kvalitetsgranskning	29
BILAGA 2: Artikelgranskning	30

INLEDNING

Stroke kommer ofta som en blixtnedslag från en klar himmel och drabbar både den som insjuknat och de anhöriga. En stroke kan ge väldigt olika funktionshinder beroende på skadans omfattning och lokalisering. Funktionsnedsättningarna kan skapa både fysiska, psykiska och sociala problem och de kan vara väl synliga eller helt osynliga. Detta innebär att svårigheterna ser olika ut från person till person. Dessutom förändras tillståndet från insjuknandet och framåt i tiden (Almås 2002).

Då vi själva har anhöriga som drabbats av stroke och har sett vilket lidande det är för dem och personerna i deras omgivning vill vi som blivande sjuksköterskor fördjupa oss i patientens upplevelser i samband med stroke. Vi läste boken "Det gick en propp" av Anita Jekander (2003) som är känd från TV och själv drabbades av stroke mitt i livet. Denna bok skildrar olika människors upplevelser av stroke och beskriver på ett känslomässigt sätt hur det kan vara att drabbas. Genom att läsa denna bok förstod vi vad förödande det kan vara att insjukna i stroke och hur viktigt det är att ge en individanpassad omvårdnad. Detta ligger till grund för vårt ämnesval.

BAKGRUND

Stroke, som också kallas slaganfall, är en av våra stora folksjukdomar. Årligen insjuknar ca 25 000-30 000 personer i Sverige. Det är bland de vanligaste orsakerna till funktionshinder och är den tredje vanligaste dödsorsaken i vårt land (Hedner 2003). Stroke är den enskilda somatiska sjukdom som med närmare en miljon vård dagar om året svarar för flest antal vård dagar på svenska sjukhus. Till det kommer dessutom ett mycket stort vård- och resursutnyttjande i kommunala särskilda boendeformer och kommunal hemtjänst. Den totala samhällskostnaden beräknas uppgå till minst 14 miljarder kronor årligen i Sverige (Riks-Stroke 2004).

Stroke

Under denna rubrik tas epidemiologi, etiologi och patofysiologi, riskfaktorer, symtom samt akut behandling upp.

Epidemiologi

Stroke drabbar i huvudsak äldre människor, medelåldern är 75 år, men 20 % är yngre än 65 år. (Jeppsson m fl 2001) Ett år efter det att patienterna har drabbats av stroke bor ungefär 2/3 av dem hemma, _ är döda och 1/10 av dem som tidigare bodde hemma bor på institution. Dödligheten är större hos de äldre och prognosen för hemgång är sämre än för yngre (Larsson & Rundgren 1997). Antalet insjuknanden beräknas stiga på grund av att andelen äldre i befolkningen ökar. Globalt uppskattar man att 15 miljoner människor drabbades av stroke 2002. Dessa insjuknanden resulterade i 5,5 miljoner dödsfall, vilket gör stroke till en av de ledande dödsorsakerna i världen (Mackay & Mensah 2004).

Etiologi och patofysiologi

Stroke innebär plötsligt insjuknande med bortfall av cerebrala funktioner som beror på kärlsjukdom. Det är ingen enhetlig sjukdom utan ett samlingsnamn för de symtom som patienten får när blodförsörjningen till delar av hjärnan helt eller delvis förloras (Almås 2002). Det kan inträffa både vid hjärninfarkt, som utgör ca 80-85 % strokefallen, och vid hjärnblödning, intracerebrala blödningar, som utgör ca 10-15 % av alla slaganfall men svarar för hälften av alla dödsfall. Trombotisk hjärninfarkt beror på aterosclerotiska förändringar och svarar för ca 50 % av alla strokefall medan den vanligaste orsaken till embolisk hjärninfarkt är förmaksflimmer, då lösryckt trombotiskt material från förmaket följer med blodströmmen och täpper till en artär i hjärnan. Även aterosclerotiska plack i arteria carotis kan lossna och följa med blodströmmen. Lakunär infarkt orsakas av tilltäppning av små kärlgrenar från a cerebri media eller basalisartären. En TIA – attack, transitorisk ischemisk attack är en övergående cirkulationsrubbing med neurologiska symtom som går tillbaka inom tjugofyra timmar (Larsson & Rundgren 1997).

Hjärnan saknar egna energireserver och då energibehovet är stort är den beroende av kontinuerlig tillförsel av syre och glukos. De hjärnceller som blir helt utan syre och näring dör (Almås 2002). Celldöden börjar redan inom 10-15 minuter i skadeområdets centrum. Runt detta område finns ett större område med hjärnceller, som fortfarande lever trots dålig blodtillförsel. Detta område kallas för penumbra. Man vill begränsa skadan i penumbraområdet genom att ge akut behandling som går ut på att återställa syretillförseln (Grefberg & Johansson 2003).

Riskfaktorer

Faktorer som ålder och hereditet påverkar risken att drabbas av stroke. De fysiologiska faktorerna är högt blodtryck, hjärtsjukdomar som arytm, klaffel, hjärtsvikt samt ateroskleros. Övriga riskfaktorer är diabetes, högt serumkolestrol samt av levnadsvanor som rökning, högt alkoholintag och högt östrogenintag genom t.ex. P-piller (Ericson & Ericson 2003).

Den dominerande riskfaktorn för stroke är hypertoni. Blodtryckssänkande mediciner anses kunna reducera risken för stroke med upp till 40 % (Mackay & Mensah 2004). Befolkningsinriktad prevention går därför till stor del ut på att sänka blodtrycksnivån i befolkningen. Att få befolkningen att hålla vikten främjar både en blodtryckssänkning och bidrar dessutom till mindre risk för metabol dysfunktion med åtföljande risk för diabetes. Andra primärpreventiva åtgärder är t ex minskat antal storkonsumenter av alkohol, reducerad stressnivå i samhället, antirökprogram och andra hälsopolitiska insatser som befrämjar rökstopp, allmänna åtgärder mot ateroskleros samt insatser som främjar regelbunden fysisk aktivitet. Observationsstudier visar att en generellt ökad fysisk aktivitet i befolkningen kan innebära att strokeincidensen påverkas (Socialstyrelsen 2000).

Symtom

Generella symtom vid slaganfall är yrsel, illamående, pares, känselbortfall och medvetandepåverkan. Symtomen bestäms av vilket kärlområde som drabbas och av skadans utbredning samt av tidsförloppet. Bortfallsymtom vid stroke varierar –

från lättare kraftnedsättning eller pares i mindre muskelgrupper – till komplett hemipares – ibland medvetslöshet (Ericson & Ericson 2003).

Akut behandling

Stroke är ett akut tillstånd. Patienten skall så snart som möjligt komma till sjukhus efter symtomdebut. Redan inom sex timmar bör patienten vara undersökt.

Utredning och bedömning inom det första dygnet bör omfatta: anamnes, status, laboratorieprover, EKG och DT-skalle. Man gör dessutom en bedömning av sväljfunktion, kommunikation, kognition, förflyttning, balans, fallrisk och blåsfunktion (Socialstyrelsen 2000). Det är viktigt att i det akuta skedet ha kontroll på kroppstemperaturen, blodsockret och blodtrycket. Förhöjd kroppstemperatur och högt blodsocker ökar syrebehovet i hjärnvävnaden och därför måste temperaturen hållas under 37,5° och blodglukos under 10 mmol/l. Blodtrycket är ofta förhöjt och man skall vara restriktiv med att sänka det eftersom det krävs ett högt blodtryck för att tillgodose blodtillförseln i penumbraområdet (Almås 2002).

Datortomografin ger information om vart skadan sitter och om det är en blödning eller en infarkt. Vid infarkt är det viktigt med tidig mobilisering, men vid blödning bör detta undvikas då det finns risk för ytterligare blödning. Om orsaken till stroke är trombos kan man använda trombolytiska läkemedel som löser upp proppen. Dessa måste dock ges inom tre timmar. I övrigt kan man göra undersökningar som lumbalpunktion, ultraljudsundersökning av cerebrala kärl och angiografi (Grefberg & Johansson 2003).

Omvårdnad

Sjuksköterskan har en betydande roll när det gäller omhändertagande och rehabilitering av strokepatienter. Han/hon står för planeringen och samordningen mellan vårdens olika aktörer, patient och anhöriga och det är ett komplext och högkvalificerat teamarbete. För att rehabiliteringsresultatet skall bli så tillfredsställande som möjligt är det viktigt att sjuksköterskan har en överblick på patientens situation så att kraven varken blir för stora eller för små (Larsson & Rundgren 1997).

Kirkevold (1997) har identifierat fyra olika funktioner som sjuksköterskan fyller vid omvårdnad av strokepatienter. I den *förklarande funktionen* hjälper hon patient och närstående att förstå vad stroke är, hur den nya livssituationen kan se ut, vilka resurser patienten har och vad man kan förvänta sig av rehabiliteringen. I den *stödjande funktionen* gäller det att få patienten och de anhöriga att bibehålla hoppet genom krisreaktionen, att förebygga depressioner och att anpassa aktiviteter och utmaningar så att patienten känner att han har kontroll över situationen. I den *integrerande funktionen* måste hon vara en länk mellan de olika professionerna i behandlingsteamet och patienten samt integrera de olika behandlingsprinciperna i det dagliga livet. Till sist är det i den *bevarande funktionen* som sjuksköterskan tillgodoser patientens grundläggande behov, förebygger komplikationer och ger allmän omvårdnad och omsorg.

Omvårdnaden har en mycket framträdande roll hos strokepatienter eftersom sjukdomen ofta leder till att patienten riskerar att förlora delar av sin personliga integritet för en tid. Vilken omvårdnad som bedrivs beror på vilka symtom som

patientens stroke medfört och i vilken utsträckning de påverkar funktionsnivån. De motoriska konsekvenserna kan bli vara förlamning, försämrad balans och spasticitet. Några andra vanliga konsekvenser vid stroke är:

- Sensibilitetsrubbnings, ytliga eller djupa.
- Hemianopsi - halvsidigt synbortfall.
- Neglekt - halvsidig perceptions- och uppmärksamhetsstörning, antingen kroppslig eller visuell.
- Agnosi som är det samma som auditiva, visuella eller taktila svårigheter att korrekt tolka sinnesintryck.
- Svårigheter med rums- och kropps- och tidsuppfattningen
- Apraxi - svårigheter att genomföra planerade handlingar och rörelser.
- Afasi - en språkdefekt till följd av en skada i hjärnans talcentrum. Detta kan visa sig dels som svårigheter att yttra sig, dels genom svårigheter att förstå, eller ibland båda.
- Dysartri - svårigheter att uttala orden som beror på pareser i ansikte eller mun.
- Psykiska förändringar som kan vara antingen på grund av skadan eller som en reaktion på det som inträffat (Almås 2002).

Strokeenheter

De flesta akutsjukhus har en speciell strokeenhet för att kunna ta hand om strokepatienter. Denna vårdform är evidensbaserad och kostnadseffektiv och man strävar efter att andelen patienter som vårdas där skall öka (Riks-Stroke 2004). Enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård bör samtliga patienter som drabbas av stroke kunna erbjudas vård vid en strokeenhet och en fortsatt utbyggnad av dessa är den högst prioriterade bland de rekommenderade åtgärderna. En av de principer som karaktäriserar vården vid en strokeenhet är multidisciplinärt arbete i team med personal som läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped, kurator, psykiater, psykolog och dietist. Man arbetar även efter ett fastställt program för utredning, behandling, rehabilitering, registrering av insatser och resultat samt utskrivningskonferens för planering av fortsatt vård (Socialstyrelsen 2000).

Styrdokument

1995 utarbetade WHO och European Stroke Council den så kallade Helsingborgsdeklarationen som innehåller olika målsättningar för att förbättra strokevården. I dokumentet fastslås mål för år 2005 och innebär principer för god strokevård och fem prioriterade forskningsområden: strokevårdens organisation, värdering av förlopp och vårdkvalitet, akut omhändertagande, rehabilitering samt sekundärprevention (Socialstyrelsen 2000).

I Helsingborgsdeklarationen rekommenderas system för rutinmässig insamling av uppgifter för utvärdering av strokevårdens kvalitet. Kvalitetssäkringen av svensk strokevård sker genom att sjukhusen rapporterar in sina fall till "Riks-Stroke", ett kvalitetsregister som har till syfte att bidra till att strokevården håller hög och jämn kvalitet. I socialstyrelsens riktlinjer för strokesjukvård från 2000 anmodas alla sjukhus som vårdar strokepatienter att delta i Riks-Stroke och 2003 registrerades ca 80 % av landets strokeinsjuknanden (Riks-Stroke 2004).

Enligt SFS 1982:763 avses med hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Dit räknas även sjuktransporter samt omhändertagande av avlidna. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården skall uppfylla kraven på en god vård genom följande:

- vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet
- vara lättillgänglig
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Så långt som möjligt ska vård och behandling genomföras i samråd med patienten. De patienter som vänder sig till hälso- och sjukvården skall snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd såvida det inte är uppenbart obehövt. Vidare säger lagen att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (SFS 1982:763).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa de strokedrabbades situation och undersöka hur dessa patienter kan stödjas i omvårdnaden.

Frågeställningar:

- Hur upplever patienter som drabbats av stroke sin situation ca ett år efter insjuknandet?
- På vilka sätt kan sjuksköterskan under vårdtiden bemöta och stödja patienter som drabbats av stroke?

METOD

Metoden var att göra en litteraturstudie i enighet med Polit m fl (2001). Under denna rubrik redovisas hur författarna gick till väga för att finna relevant litteratur för uppgiften samt hur det funna materialet kvalitetsgranskades och sedermera analyserades och sammanställdes.

Litteratursökning

För att skriva bakgrunden till studien behövdes allmänna fakta om stroke. Både tidigare läroböcker, Malmö Högskolas bibliotek samt internet innehöll rikligt med information. Efter att ha hittat adekvat bakgrundsmaterial inleddes sökandet efter relevanta vetenskapliga artiklar i databasen PubMed. Till att börja med prövades sökord som "stroke" och "nursing". Det visade sig dock att antalet träffar blev för stort med så pass allmänna termer samt att artiklarna till allra största del var medicinskt inriktade. Stroke verkade dessutom vara ett begrepp med lite diffus betydelse. En sökning i Karolinska Institutets MeSh-databas fann att den korrekta engelska termen för stroke är "cerebrovascular accident". Dock söktes även i fortsättningen på kombinationen "cerebrovascular accident" tillsammans med "stroke" eftersom det verkade som att många av de nordiska artiklarna använde sig just av begreppet stroke. Förhoppningen var nämligen att i första hand finna artiklar från Sverige eller något av dess grannländer då vi ville hitta forskning gjord i en vårdkultur som vi kunde relatera till. Slutresultatet blev att fem av tio använda artiklar var gjorda i Norden.

Förutom i Pub Med söktes även i databaserna ELIN@Malmö, CINAHL, Medline och SweMed+. Det visade sig dock att vid sidan av PubMed hade dessa databaser inget att tillföra sökningen. PubMed innehåller oerhört mycket artiklar och det är dessutom lätt att få fram abstract och ibland även artikeln i fulltext. Således användes till slut endast artiklar funna via PubMed. Däremot befanns ELIN@Malmö vara mycket användbart för att kunna få fram vissa artiklar som funnits i PubMed i fulltext. De artiklar som inte gick att få tag på via internet beställdes via Malmö Högskolas bibliotek.

I tabellen nedan (se tabell 1) redovisas de olika sökordskombinationer som ledde till artiklar som kunde användas till studiens resultat. Sökorden togs helt enkelt fram genom att pröva vilka ord som verkade ge intressantast resultat. Oftast användes begränsningen att artikeln skulle vara publicerad i en "nursing journal". Detta tycktes vara utmärkt eftersom det sorterade bort de flesta artiklar med rent medicinskt innehåll, samt att intresseområdet var just omvårdnad. Dessutom lades en begränsning att artiklarna inte fick vara äldre än tio år gamla.

Kombinationen att söka på författarnamnet "Kirkevold" och "stroke" kom sig av att det till bakgrunden letades efter en artikel av Kirkevold som nämndes som referens i flera böcker om stroke. Genom att söka på dessa båda ord hittades både den tänkta bakgrundsartikeln och ett par andra relevanta artiklar av samma författare som kunde användas i resultatdelen.

DATABAS	SÖKORD	BEGRÄNSNING	TRÄFFAR	LÄSTA	ANVÄNDA
PubMed	Cerebrovascular Accident AND stroke AND Quality of Life	Nursing Journals, publicerat efter 1995	30 st	4 st	3 st
	Cerebrovascular accident AND stroke AND nursing AND recovery	Nursing Journals, publicerat efter 1995	22 st	3 st	1 st
	Cerebrovascular accident AND stroke AND nursing AND rehabilitation	Nursing Journals, publicerat efter 1995	129 st	12 st	2 st
	cerebrovascular accident AND stroke unit AND nursing	Nursing Journals, publicerat efter 1995	35 st	4 st	2 st
	cerebrovascular accident AND information AND nursing	Nursing Journals, publicerat efter 1995	28 st	3 st	0 st
	Kirkevold AND Stroke		8 st	3 st	2 st

Tabell 1. Sökschema

Kvalitetsgranskning

Under litteratursökningen lästes en stor mängd abstract och sammanlagt granskades ett trettiotal artiklar i fulltext. De artiklar som befanns vara relevanta för frågeställningen granskades sedan med avseende på den vetenskapliga kvaliteten enligt de kriterier som Polit m fl (2001) ställt på en vetenskaplig artikel (se bilaga 1). Den vetenskapliga kvalitetsgranskningen av artiklarna sammanställdes sedan i en tabell (se bilaga 2). Sammanlagt användes tio artiklar till att färdigställa resultatet i denna studie.

Databearbetning och resultatsammanställning

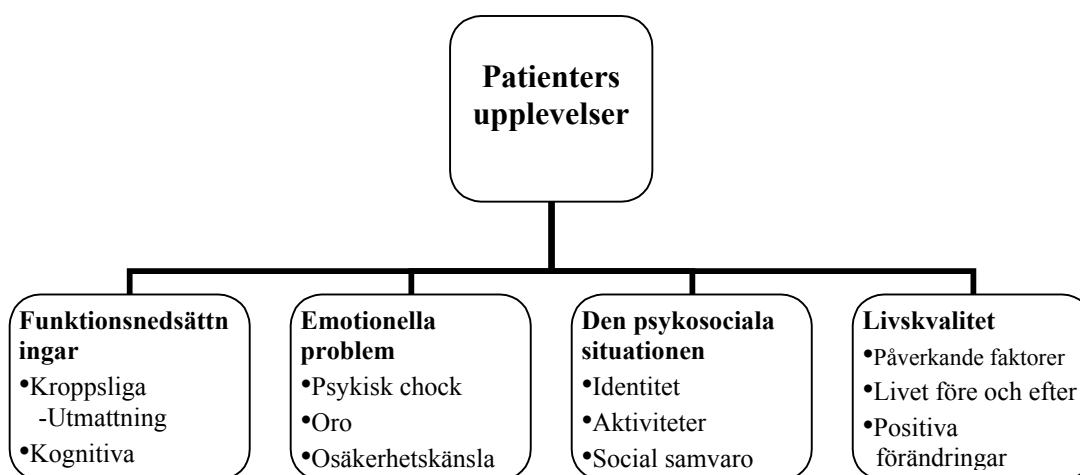
Efter att de vetenskapliga artiklarna valts ut fördjupade författarna sig i materialet och skrev för egen räkning en sammanfattning av varje artikel där syfte, metod och resultat beskrevs. Detta var användbart för att kunna ha materialet tillgängligt i en lättöverskådlig form. Efter detta skärskådades artiklarnas resultatdelar ett flertal gånger utifrån studiens frågeställningar med syftet att kunna urskilja teman eller kategorier att kunna presentera resultatet under. Resultatet redovisas utifrån frågeställningarna och delas in i underkategorier och teman. (se figur 1 och 2).

RESULTAT

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa de strokedrabbades situation och undersöka hur dessa patienter kan stödjas i omvårdnaden. Det slutliga resultatet bygger på tio st artiklar av i huvudsak kvalitativ karaktär. Resultatet har delats in i kategorierna "patientens upplevelse" respektive "sjuksköterskans funktion" och dessa huvudkategorier har sedan delats in i ett antal underkategorier. Modellen för hur resultatet är upplagt redovisas i en figur under respektive huvudkategori.

Patienters upplevelser av sin sjukdom

Den strokedrabbade människans upplevelser av sin sjukdom har delats in i fyra underkategorier: funktionsnedsättningar, emotionella problem, den psykosociala situationen samt livskvalitet (se figur 1). Vi har valt begreppet "patient" då detta är tydligt och enkelt att förstå. Det bör dock påpekas att de flesta av informanterna i de vetenskapliga artiklarna intervjuas efter att de skrivits ut till hemmet, alternativt intervjuas de både på en vårdavdelning och vid senare tillfällen.



Figur 1. Patienters upplevelser

Funktionsnedsättningar

En fenomenografisk undersökning av Bendz (2003) visar att patienter som drabbats av stroke anser att de har förlorat sina normala funktioner och därigenom upplever de att de har förlorat kontrollen över sina liv. De objektiva effekterna av stroke och de därav uppkomna problemen varierar naturligtvis mellan olika patienter, men alla tycks dela upplevelsen av främlingskap inför sina nya reaktioner och problem. Vi har framför allt hittat tre genomgående problem; kroppsliga och kognitiva funktionsnedsättningar samt utmattning.

Kroppsliga. Bendz (2003) beskriver att patienterna upplever att de inte kan kontrollera sina muskler, kroppen lyder dem inte. Några av informanterna talar om rädsla och obehag, det känns som att man inte skall kunna klara av att leva med detta. I en kvalitativ studie av Wyller och Kirkevold (1999) fann man att

patienterna underströk sina fysiska funktionsnedsättningar efter stroke kraftfullt även om dessa rent objektivt inte var så svåra. En patient hade endast ett mindre problem med sin högra hand, men tyckte ändå att detta var allvarligt eftersom det hindrade honom att utföra saker han tidigare kunnat, t ex vissa hobbies.

Ytterligare en patient som drabbats av talsvårigheter till följd av stroke upplevde dessa som besvärande även efter att svårigheterna blivit bättre. Det var jobbigt att försöka berätta en historia eller ett skämt, det tog helt enkelt stopp. Istället fick hon ursäkta sig och berätta att hon drabbats av stroke.

Secrest och Thomas (1999) fann i sin fenomenologiska studie att informanterna beskrev hur vardagslivet blivit ansträngande och frustrerande efter stroke. Tidigare självklara saker hade nu förvandlats till medvetna ansträngningar. En kvinna berättar hur jobbigt det hade blivit bara att göra sig i ordning och komma iväg någonstans. Ett par andra informanter upplever att deras talsvårigheter leder till att de tappar kontakten med andra människor, då dessa har svårt att förstå dem. För en kvinnas del resulterade detta i att hon gav upp och drog sig undan. Liknande resultat fann Kvigne m fl i en studie från 2004. Denna fenomenologiska studie var inriktad speciellt på kvinnors upplevelse av stroke och hur de klarade av sin situation. De flesta av kvinnorna beskrev hur de hade förlorat förmågan att utföra några av de vardagliga aktiviteterna som att stiga upp ur sängen, klä på sig, äta och gå självständigt. Utöver detta uttrycker kvinnorna betydelsen av att kunna sköta om sig själva, bo hemma och att klara av hushållssysslor. En kombinerat kvalitativ och kvantitativ studie av Widar m fl (2004) pekar även den på hur stor vikt de stokedrabbade lägger vid att kunna behålla sin fysiska kapacitet och att kunna kommunicera med andra. Man strävar efter att vara fysiskt oberoende och att kunna ta hand om sig själv i det dagliga livet.

Utmattnig. Det finns många studier som visar på att stokedrabbade upplever en stor trötthet/utmattnig. Bl a visar Bendz (2003) studie på att patienterna anser att tröttheten har en enormt stor påverkan på deras liv. De kan inte planera dagen och måste ibland avstå från viktiga evenemang som t ex ett bröllop eller en ishockeymatch. Även Wyller och Kirkevold (1999) beskriver i sitt resultat att informanterna lider av en stor trötthet som inte förekom innan stroke. De behöver mycket mer sömn nu och kan snabbt somna bara de sätter sig ned. Även här berättas hur man avstår från aktiviteter, inte på grund av förlamning eller dylikt utan helt enkelt på grund av utmattnig.

Kognitiva. Strokepatienter kan även drabbas av stora kognitiva förändringar såsom problem med minnet, svårigheter att orientera sig i tid och rum eller helt enkelt att man känner att man inte fungerar som före stroke (Widar m fl 2004). Secrest och Thomas (1999) beskriver i sin studie att minnesförlust är ett återkommande ämne hos informanterna. Man upplever att detta bryter kontakten med andra människor och bidrar till en känsla av handikapp. Informanterna känner att de inte har någon kontroll och blir beroende av andra. Det kan bli problem med att gå ut och handla eller också känner man sig sårad när man inte kan komma ihåg saker. En annan erfarenhet är att minnesförlust upplevs som att man förlorar en del av sig själv.

Wyller och Kirkevold (1999) beskriver att trots att informanterna upplever de kroppsliga funktionsnedsättningarna som svåra så är trots allt de kognitiva följderna värre, bland de vanligaste är glömska och trötthet. En patient berättar hur hon är förtvivlad för att minnet är helt borta. T ex kommer hon inte ihåg några

namn och kan inte delta i en konversation eftersom hon inte kan komma ihåg de detaljer man diskuterar. I Bendz (2003) artikel tar författaren upp hur informanterna upplever en minskad förmåga att koncentrera sig och svårigheter att bibehålla kunskap. Detta har konsekvenser för det dagliga livet och bidrar till en känsla av osäkerhet.

Emotionella problem

En gemensam nämnare för många av dem som drabbats av stroke tycks vara känslan av att man drabbats plötsligt och utan förvarning samt oron för att man kan komma att drabbas igen och för hur man skall kunna klara av sin nya livssituation. Ett annat vanligt problem hos den strokedrabbade är låg självkänsla.

Psykisk chock. Secrest och Thomas (1999) berättar i sin artikel hur patienterna anser att man inte har kontroll över stroke. En av informanterna beskriver att det var som att bli slagen av blixten när hon drabbades av stroke. En annan säger att hon inte förstod vad det var som hände henne. I Kvignes m fl (2004) studie talar informanterna om hur stroke drabbade dem plötsligt och utan förvarning. Dessa kvinnor hade tidigare varit huvudsakligen friska och man beskriver hur man plötsligt hamnade i ett tillstånd av motsägelsefulla, utmattande och ibland överväldigande känslor. De flesta uttryckte känslor av chock, förvirring, bitterhet, skam och sorg. En uppger att hon inte ville tro att det var sant utan försökte resa sig upp och gå som vanligt, vilket inte fungerade. Denna kvinna blev deprimerad och grät mycket. På samma gång uttryckte kvinnorna i undersökningen känslor av hopp och en stark vilja att leva.

Oro. I Bendz (2003) studie som är gjord på strokedrabbade under 65 års ålder beskrivs hur flera av informanterna är oroliga för att de skall drabbas igen och därför undviker de situationer som de tror skulle kunna öka risken för detta. Man vill inte gå tillbaks till en stressad arbetssituation, undviker utlandsresor och planerar inte för framtiden. Några organiserar till och med sina liv så att de kan vara förberedda för det värsta. Trots detta verkade informanterna inte vara särskilt medvetna om relevanta riskfaktorer eller beredda att ändra sina riskbeteenden. Kvigne m fl (2004) talar om att informanterna upplever en oro över hur framtiden kommer att se ut. Man hoppas att man skall kunna klara sig själv i sin nya situation. För att lyckas med detta försöker man bemästra de negativa känslorna och lyfta fram det som är positivt.

Osäkerhetskänsla. Widar m fl (2004) kommer i sin artikel fram till att en viktig del i att uppleva välmående för en strokepatient är att man kan behålla sin självkänsla. Att man trivs med sig själv trots sin nya livssituation. Även Dowswell m fl (2000) fann i en studie att trots att informanterna inte uppgav att stroke hade påverkat deras förmåga att tänka och prata så var många ändå osäkra på sig själva. En man berättar att han gick förbi folk som han kände men började tala med sådana han inte kände. Flera av Kvignes m fl (2004) informanter berättar om sin osäkerhet i mötet med andra människor. De skäms för sina fysiska funktionsnedsättningar. Man känner sig osäker under konversationer då man inte alltid hittar rätt ord, är rädd för att dregla utan att märka det eller att man fungerar långsamt.

Den psykosociala situationen

I flera av artiklarna är det uppenbart hur mycket den sociala situationen kan påverkas för en strokedrabbad människa. Man får problem med sin invanda roll i familjen, att utföra aktiviteter och i andra sociala sammanhang.

Identitet. Wyller och Kirkevold (1999) talar om hur den strokedrabbade människans sociala konstruktioner kan komma att ändras. Problem kan uppstå när människor i de drabbades omgivning inte vet hur de skall förhålla sig. En man beskriver t ex hur han gärna vill hjälpa till med diverse göromål hos sina släktingar men nekade detta då släktingarna är oroliga att han inte skall klara av det. En annan man berättar om hur hans uppfattning av sitt tillstånd skiljer sig från hur resten av familjen upplever honom. Denne man tycker själv att han har återhämtat sig bra efter stroke, men hans familjs åsikt är att han har förändrats radikalt. Detta har fått till följd att hans roll inom familjen har förändrats, vilket upplevs som väldigt stressande för patienten.

Också i Dowsells m fl (2000) artikel beskrivs hur många av informanterna upplever att deras roll som make/maka har blivit väldigt förändrad och därmed deras självidentitet. Man har känslor av frustration och hjälplöshet och många upplever det som att man har ändrat roll från givare till mottagare. Informanterna är rädda för att vara en börda för sin omgivning. Denna rädsla märks tydligt även hos flera av Kvignes m fl (2004) intervjuade. Man vill inte belasta sina makar eller sina barn trots att man har ett behov av hjälp. Flera är noga med att påpeka att de anhöriga har egna liv med mycket att göra. Denna undersökning bygger endast på intervjuer med kvinnor och dessa upplevde att deras roller som fruar och mödrar hade blivit svåra att bibehålla efter stroke.

I Secrest och Thomas (1999) studie beskrivs hur informanterna kämpar för att acceptera att man har förlorat sitt oberoende och sina förmågor. Detta leder till en känsla av att ha förlorat kontrollen över sitt liv. För vissa blir dock oförmågan att göra vissa saker inte tydlig förrän i samspelet med andra. Anhöriga och vänner vill korrigera deras språkfel och hjälpa dem fysiskt trots att informanterna menar att det skulle kännas bättre att få klara sig själva och tillåtas göra sina misstag.

Aktiviteter. Rädslan och oron för att man t ex skall drabbas av en ny stroke eller glömma bort något viktigt leder till att strokedrabbade människor ibland väljer att avstå från vissa aktiviteter. Bendz (2003) menar att man på grund av denna rädsla för återfall ibland undviker att göra saker även om man vet att man skulle klara av det. En informant i Secrest och Thomas (1999) studie lider av minnesförlust och menar att hennes sociala liv blivit helt förändrat eftersom hon inte kan gå ut ensam som förut. Widar m fl (2004) drar slutsatsen att någon form av sysselsättning är genomgående viktigt för de strokedrabbade. En manlig informant berättar att för honom är det mycket betydelsefullt att ha kvar sitt arbete. Några andra berättar att de har många fritidssysselsättningar, allt från promenader i skogen, klubbaktiviteter och hobbies.

Social samvaro. Secrest och Thomas (1999) beskriver hur många av informanterna menar att samvaro med andra betyder ömsesidighet. Att vara tillsammans med någon och bli förstådd betyder mycket. Att ha kontakt med andra är det som håller en i gång. Men tyvärr hindras den sociala samvaron ibland av att den strokedrabbade känner sig osäker på sitt beteende. Det kan röra sig om direkt oönskade beteenden, t ex berättar en informant att han inte längre vågar gå i

kyrkan eftersom han svär okontrollerat. Detta upplevs som mycket smärtsamt. Även Widar m fl (2004) beskriver hur de intervjuade uppger att förmågan och möjligheten till samvaro med familj och vänner anses som viktig. Att få stöd, tröst och omtanke så väl som praktisk hjälp från familjen är mycket betydelsefullt.

Dowswell m fl (2000) konstaterar att för många av deras informanter har det sociala livet försämrats efter stroke. Åter igen beror detta på att man måste anpassa sitt sociala engagemang efter vad man har förmåga till och vad man orkar med. Detta medför förändringar i förhållandet till familjen och vännerna. Även i denna artikel beskrivs hur ett socialt liv sätts i samband med fysiskt och psykiskt välmående. En av informanterna säger att livet är väldigt tufft eftersom hon inte kan ta sig till kyrkan eller någon förening. Hon träffar nästan ingen längre utan livet känns som en evig väntan. Trots att de flesta av de intervjuade uppger en försämring i det sociala livet finns det också de som anser att de har ganska hektiska liv. Flera berättar hur viktigt det är att vara med i strokeföreningar och att vistas på dagcenter för att umgås med andra människor. Även Kvigne m fl (2004) berättar att informanterna anser det som värdefullt att kunna dela sina erfarenheter med människor i liknande situationer. Ibland känner man ett utanförskap i kontakten med friska människor.

Livskvalitet

Som vi redogjort för tidigare i vårt resultat så är stroke för alla drabbade en dramatisk händelse som ofta får fysiska, emotionella och psykosociala följder. Alla dessa faktorer kan bidra till att påverka det som i studierna benämns livskvalitet, oftast negativt men ibland även positivt beroende på hur livet såg ut före stroke och hur det ter sig nu. Även på vilket sätt man klarar av att anpassa sig och vilken referenspunkt man vill jämföra den nya livssituationen med har betydelse.

Påverkande faktorer. Widars m fl (2004) artikel beskriver hur fysiska, psykologiska, sociala och ekonomiska aspekter alla bidrar till att påverka den upplevda livskvaliteten hos strokedrabbade. Vad gäller de fysiska och psykologiska aspekterna så har det att göra med att man tycker att man har viss fysisk och kognitiv kapacitet samt att man upplever välmående och oberoende. Att ha sysselsättningar som t ex ett arbete för de som ännu ej uppnått pensionsålder samt möjligheten till fritidsaktiviteter ses som en värdefull komponent i livskvaliteten. Lika så att över huvud taget ha friheten att välja vad man vill göra och att kunna förfoga över sin tid, att uppleva en sorts oberoende i tid och rum.

Att ha goda relationer med sin familj och vänner påverkar även det i stor utsträckning hur man upplever sin livskvalitet. Att känna trygghet och stöd i hemmet och att kunna dela en trivsamt atmosfär med andra anses som något mycket viktigt. Också en tillräckligt god ekonomisk situation upplevs som en viktig faktor i livskvaliteten för flera av informanterna. Man vill kunna känna trygghet och även ha möjligheten till viss variation i tillvaron, t ex att kunna resa bort ibland (Widar m fl 2004).

Livet före och efter I Wyller och Kirkevolds (1999) studie uppger alla utom en informant att deras livskvalitet har försämrats som ett resultat av stroke. Många använder hårda begrepp för att beskriva detta, flera menar att deras livskvalitet

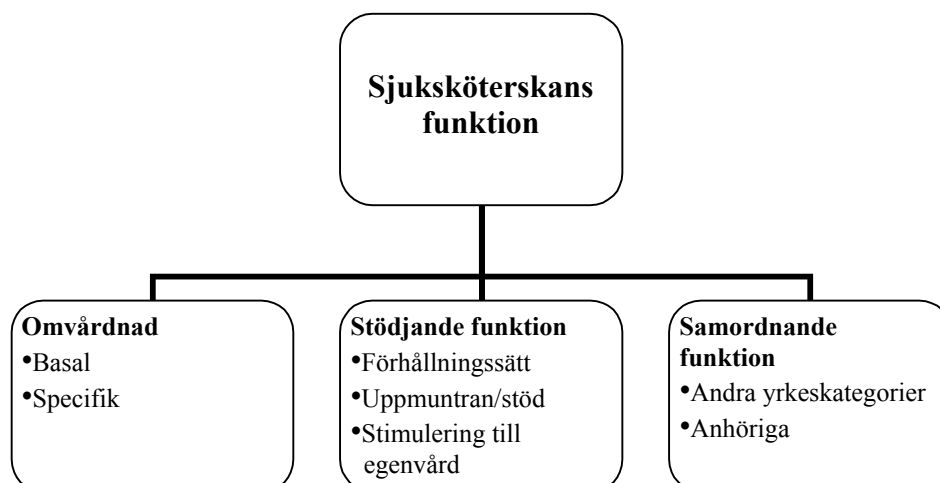
blivit permanent förstörd. En man uttrycker det som att han inte önskade sin värsta fiende att drabbas av detta. Endast en informant tyckte att livet måste gå vidare och att han inte hade några allvarliga klagomål. Strokens effekt på livskvaliteten tolkas olika beroende på hur mycket den drabbade upplever att hennes eller hans livssituation har ändrats. Vissa informanter har rent objektivt inte så många kvarstående men, men tycker ändå att deras liv är radikalt förändrade och därmed deras livskvalitet. Andra informanter kan tycka att deras livskvalitet är bibehållen trots att man inte längre kan delta i de aktiviteter som tidigare betytt mycket för dem.

Olika sätt att se på sin förändrade livskvalitet kan också bero på vilken tidpunkt i livet man jämför med. Vissa av informanterna jämför sin nuvarande situation med hur livet var direkt efter stroke eller med en tänkt situation hur det hade kunnat vara. I så fall kan man lättare uppskatta de positiva förändringar som skett i hälsotillståndet. Om man däremot ser sin nya livssituation i ljuset av hur livet såg ut före stroke har man svårare att bedöma sin livskvalitet positivt (Wyller & Kirkevold 1999). Dowswell m fl (2000) drar en liknande slutsats och menar att de intervjuade ofta jämför sin situation med livet före stroke och ibland med andra strokedrabbades situation. När patienterna jämför med livet före stroke så gör de en subjektiv bedömning beroende på tidigare förmågor, aktiviteter och roller. De patienter som i stället jämför sig med andra skapar sig då en bild av hur livet hade kunnat se ut. En kvinna berättar att hon värderar sin egen situation genom att jämföra med andra strokepatienter på det dagcenter dit hon brukar gå. Där träffar hon många som har det sämre än henne själv. Att mäta sig med livet före stroke kan skapa frustration och irritation då det ofta uppstår ett gap mellan de personliga ambitionerna, dvs att nå full återhämtning, och vad som faktiskt är möjligt att uppnå. Många av patienterna måste till slut inse att de aldrig kommer att nå helt tillbaks till sitt gamla liv.

Positiva förändringar. Trots allt finns det strokedrabbade människor som menar att det även kommit goda saker av deras sjukdom. Några informanter i Secret och Thomas (1999) artikel menar att stroke blivit en vändpunkt i deras tidigare utförande liv. En man uppger att han efter livsstilsändringar i samband med stroke har gått ned närmare 30 kg i vikt och att han genom detta blivit mer utåtriktad. En annan man säger att han före stroke kände sig mentalt fångad i sitt äktenskap och att han nu känner sig fri trots att han i stället är fysiskt fångad. I Kvignes m fl (2004) artikel uppger en informant att hon inte skulle ha bett om erfarenheten att genomgå en stroke, men att det ändå har gett henne positiva erfarenheter och gjort henne stark som människa. Ytterligare andra kvinnor i denna studie menar att förmågan att kunna se saker positivt och att hålla de negativa tankarna borta är en nödvändighet för att kunna återgå till ett meningsfullt liv.

Sjuksköterskans funktion

Sjuksköterskans funktion vad gäller att stödja och bemöta en strokedrabbad patient har delats in i tre underkategorier: omvårdnad, stödjande funktion och samordnande funktion (se figur 2). I det följande beskrivs sjuksköterskan för enkelhetens skull som "hon", men att det självklart gäller alla sjuksköterskor, manliga så väl som kvinnliga.



Figur 2. Sjuksköterskans funktion

Omvårdnad

Det man i allmänhet tänker på vad gäller sjuksköterskans yrke verkar vara den basala omvårdnaden, det typiskt vårdande (Mcduff 1998). Även strokedrabbade tycks i första hand se sjuksköterskan som den som får det nödvändiga vardagsarbetet gjort (a a). Övriga yrkeskategorier och sjuksköterskor själva inser dock att omvårdnaden är en viktig del i att skapa en terapeutisk miljö kring patienten (Long m fl 2002).

Basal. En kvalitativ studie av Long m fl (2002) som undersöker vilken roll sjuksköterskan har i det multiprofessionella rehabiliteringsteamet fann att både patienter och övriga yrkeskategorier anser att sjuksköterskans huvudsakliga roll är att ta hand om den basala omvårdnaden, det ”typiska” sjuksköterskejobbet. I artikeln tar man upp detta som ”teknisk och fysisk vård” och detta innefattar t ex personlig hygien, att se till att patienten har det bekvämt, såromläggning, nutrition, medicinutdelning och förebyggande av infektioner.

Också i en annan studie av Macduff (1998) ansåg patienterna att sjuksköterskan var den som fick det nödvändiga gjort, t ex personlig hygien och mobilisering. Även om detta värdesattes av patienterna så såg man inte det som en del i rehabiliteringen, utan mer som något självklart. En informant beskriver det som att sjuksköterskan inte gjorde så mycket för honom utan han upplevde att det var arbetsterapeuten och sjukgymnasten som hade den stora uppgiften. En annan informant säger att sjuksköterskan inte kan göra så mycket annat för en’ än att se till att man har det bra och att man har det som man behöver. Även om sjuksköterskan har ett arbetskrävande jobb så tas hennes insatser för givna av patienterna. Även i en artikel av Secret (2002) berättas hur strokepatienterna visserligen uppskattar sjuksköterskorna och talar om dem i positiva termer men inte verkar se det som att de har någon större del i deras rehabiliteringsprocess. Informanterna kan inte berätta om något speciellt som sjuksköterskan gjort för dem, men kan däremot redogöra för flera specifika tillfällen då de träffat sjukgymnast och arbetsterapeut.

Specifik. Longs m fl studie (2002) tar upp en viktig aspekt på sjuksköterskans omvårdnad. Det är hon som bedömer och utvärderar patientens förmåga till

egenvård, medicinering, humör, nutrition/elimination, risk för tryck etc. Genom att ta hand om och förebygga aktuella problem som t ex urinvägsinfektioner och potentiella problem som t ex trycksår så förhindras komplikationer som annars skulle störa rehabiliteringsprocessen. Man kan säga att det är sjuksköterskan som genom att minimera fysiska, psykiska och sociala barriärer ser till att skapa en god och terapeutisk miljö runt patienten för att denna skall kunna klara av sin rehabilitering på ett så gynnsamt sätt som möjligt. Även Bendz (2003) beskriver i sin artikel att sjuksköterskan är den som identifierar potentiella riskfaktorer och vidtar åtgärder mot dessa för att begränsa och minimera funktionsnedsättningar hos patienten.

Ett annat exempel finns i Kumliens och Axelssons (2000) artikel där man beskriver hur sjuksköterskan ordnar patientens miljö för att t ex undvika fall eller för att göra en patient med neglect medveten om sin utsatta sida. Även att ge patienten instruktioner och påminnelser vid de dagliga aktiviteterna samt att samtala med patienter med talsvårigheter nämns som omvårdnadsåtgärder som underlättar patientens rehabilitering.

Stödjande funktion

Bemötandet av patienten är naturligtvis viktigt. Men det är också ett komplext ämne. Ett ogenomtänkt uppträdande av vårdpersonal kan oavsiktligt leda till att patienten känner sig kränkt (Kvigne m fl 2004). Däremot tycks alla intervjuade vara överens om att sjuksköterskans stöd betyder mycket, trots att strokepatienter, som beskrivits ovan, verkar ta sjuksköterskan lite för given och inte lika viktig för rehabiliteringen som t ex sjukgymnasten (Secret 2002). Ur sjuksköterskans synvinkel gäller det att vara uppmuntrande och stödjande och att samtidigt låta patienten göra så mycket som han eller hon själv kan klara av. Att bedriva egenvård kan dock ses som frustrerande från patientens håll (Long m fl 2002).

Förhållningssätt. Kvigne m fl (2004) tar upp den viktiga frågan hur strokepatienter bemöts av vårdpersonalen. Patienterna befinner sig i ett sårbart läge och vilket bemötande de får påverkar starkt deras känslor. Vilken respons man får från vårdpersonalen och hur de beter sig kan i värsta fall hota patientens värdighet och leda till känslor av ilska och skam samt att man känner sig sårad och inte respekterad. En kvinna berättar att hon fick informationen av sin sjukgymnast att hon inte skulle kunna återfå de funktionsförmågor hon hade före stroke. Detta ledde till att hon kände sig desperat och blev deprimerad och arg eftersom detta hotade hennes efterlängtnade mål att kunna återgå till sitt arbete. Trots detta så vägrade hon att acceptera denna bedömning utan kämpade för att behålla hoppet att kunna återfå sina tidigare funktioner. Orubbligt tränade hon sin förlamade arm och sina fingrar vilket sakta men säkert gav resultat, dock inte helt smärtfritt. Till sist uppnådde hon en nästan normal funktion och kunde återvända till arbetet. Andra informanter berättar att de ibland blev upprörda och kände sig uttittade och kontrollerade när de t ex skulle utföra ADL-övningar. Det kändes onaturligt och frustrerande att utföra dessa intima aktiviteter framför främlingar, även om dessa var professionella.

Uppmuntran och stöd. Sjuksköterskan har en viktig funktion att fylla i rollen som den som kommer med känslomässigt stöd och hjälper patienten att klara av situationen. I detta ingår att trösta, förklara, ta reda på rädslor och oro hos patienten och att allmänt finnas till hands. Att erbjuda emotionellt stöd ses både av

patienter och sjuksköterskor som en av de viktigaste bitarna i att skapa goda förutsättningar för de strokedrabbade (Long m fl 2002). I Macduffs (1998) studie anser informanterna att de fick mycket stöd av sjuksköterskan när de ägnade sig åt terapiaktiviteter. En man berättar hur uppmuntrande det var när sjuksköterskan berömde honom när han kunde resa sig upp.

I Kumliens och Axelssons (2000) studie, som särskilt behandlar patienternas kognition och humör, berättar de intervjuade sjuksköterskorna om hur de försöker stimulera och uppmuntra de patienter som inte är ”klara i huvudet” eller som är förvirrade och behandla dem med respekt, integritet och tålamod. Att försöka förstå patienternas beteende och att kunna kommunicera med dem är också ansett som viktiga faktorer i den stödjande och uppmuntrande funktionen som sjuksköterskan har. Ytterligare en viktig egenskap är att kunna vara lugn och att ge tydliga instruktioner som guidar patienten genom olika aktiviteter då det är nödvändigt att ge patienten tillräckligt med tid så att denne inte blir stressad. En sjuksköterska berättar hur hon hjälper en man som inte riktigt klarar av att genomföra sina aktiviteter: ”Man gav lite instruktioner och han gjorde så mycket som han kunde /.../. När han tappade sitt tålamod hjälpte man honom /.../ och försökte lugna ned honom /.../. Om möjligt guidade man honom att fortsätta aktiviteterna /.../.” (s 493).

Kvigne m fl (2004) berättar hur deras informanter upplevde det som viktigt att få positiva och uppmuntrande kommentarer från sjuksköterskan när de utförde någon typ av träning eller aktivitet. En kvinna talar om hur hon kände sig som ett litet barn och hon blev stolt över att klara av att göra saker.

Stimulering till egenvård. Long m fl (2002) skriver om att det är viktigt att sjuksköterskan försöker låta bli att göra saker *åt* patienten och i stället låter denne göra så mycket som möjligt själv. Ofta vet sjuksköterskan att patienten klarar av mer än vad denne tror, det är viktigt att ta reda på hur mycket patienten klarade av innan stroke och påminner om saker som sjukgymnast eller arbetsterapeut berättat. Samtidigt finner många sjuksköterskor att det är svårt att låta bli att hjälpa till när man ser att patienten har det svårt och kanske lider. Även patienterna själva har svårt att ta egna initiativ i sjuksköterskans närvaro. En sjukgymnast kommenterar att patienterna ser sjuksköterskorna som vårdgivare och att de förväntar sig att bli omhändertagna.

Macduff (1998) redogör för patienternas syn på saken. Att klara av saker på egen hand, trots sjuksköterskans närvaro, upplevs av dem olika beroende på om man ser det som något påtvingat eller som en naturlig del, av terapin. En informant talar om att det är en del av honom att vilja klara sig själv och att vara oberoende. Han vill helst inte be om hjälp utan pressar sig själv att försöka klara av saker. En annan informant däremot beskriver hur hon tyckte att sjuksköterskorna bara satt och påpekade vad som skulle utföras och att hon försökte göra detta för att de skulle vara glada. Även en informant i Kvignes m fl (2004) artikel beskriver hur hon kände sig frustrerad över det sätt som vårdpersonalen talade om för henne hur hon skulle utföra vissa övningar. Hon kände sig exponerad och överkörd samtidigt som hon fick lite dåligt samvete över att inte acceptera sättet som behandlingen bedrevs på.

Samordnande funktion

Sjuksköterskan har en mycket viktig funktion som samordnare på en strokevdelning. Detta gäller både mellan de olika yrkeskategorierna inom rehabiliteringsteamet och mellan vårdpersonal, patient och anhöriga.

Andra yrkeskategorier. Long m fl (2002) beskriver i sin artikel sjuksköterskans viktiga samordnande roll som ”spindeln i nätet”. Denna roll innebär bl a informationsspridning och terapiintegrering. Sjuksköterskan är den som förser de andra yrkesgrupperna som är inblandade i strokepatientens rehabilitering med viktig information. Informationen innefattar både hennes egen bedömning och utvärdering av patienten, vilka framsteg patienten gör samt hur väl patienten svarar på behandling. Denna information ges fortlöpande och leder till att patienten kan få den bästa kombinationen av insatser från olika medlemmar i vårdteamet. En logoped berättar: ” Vi behöver information från sjuksköterskorna /.../ Vi förlitar oss på deras information /.../ Vi skulle inte klara av hälften av det vi gör utan dem. (s 74)

Även en socialarbetare berättar att sjuksköterskan ger henne nödvändig information om patientens familj, tidigare historia o s v vilket hjälper henne att skapa sig en bild av personen. Vidare berättar hon att sjuksköterskan även är den som vidarebefordrar information mellan henne själv, andra yrkeskategorier, patienten och patientens familj och på så sätt utgör en sammanbindande länk. Sjuksköterskan har också en samordnande roll när det gäller att se till att föreskrivna åtgärder och övningar från t ex logoped och arbetsterapeut utförs av patienten och integreras i patientens dagliga situation. Det kommer också an på henne att genom undervisning och information se till att patienten förflyttar sig på ett riktigt sätt och har korrekt sitt-eller liggposition, efter att ha fått instruktioner från t ex arbetsterapeut eller sjukgymnast (Long m fl 2002).

Anhöriga. Förutom att vara länken mellan patienten och olika kategorier av vårdpersonal är sjuksköterskan också den som ser till att patientens familj inte glöms bort; att de får ta del av vården och får tillräcklig information. Hon är den som alltid finns tillgänglig och också den som patienter och anhöriga kommer mest i kontakt med och känner sig trygga med. Eftersom hon är där 24 timmar om dygnet sju dagar i veckan gör hennes tillgänglighet att hon också är den som får ta emot klagomål och kritik även om den inte har med hennes egna arbetsuppgifter att göra (Long m fl 2002).

DISKUSSION

Avsnittet är indelat i en metod- och en resultatdiskussion. Till sist redovisas även en slutsats med förslag till fortsatt forskning.

Metoddiskussion

Enligt Polit m fl (2001) är syftet med en litteraturstudie att kritiskt samla in och summera aktuella kunskaper inom ett forskningsområde för att underlätta inhämtandet av kunskap för läsaren. Man kan därmed säga att en litteraturstudie har en typ av integrerande funktion. Vi valde att göra en litteraturstudie därför att vi tyckte att tiden var för knapp för att kunna genomföra en empirisk studie och för att våra förhandssökningar visade att det fanns en hel del material publicerat i ämnet stroke. Metoden för att genomföra föreliggande litteraturstudie diskuteras under följande rubriker: inklusionskriterier, litteratursökning, kvalitetsgranskning samt resultatsammanställning.

Inklusionskriterier

Utgångstanken var att i studien endast ha med artiklar som beskrev forskning gjord i Norden. Detta på grund av oro över att få en felaktig bild av hur framför allt strokevården ser ut i utomnordiska länder. Vi var t ex osäkra på om strokeavdelningar i andra länder är uppbyggda på samma sätt som i Sverige eller om man har samma typ av personalkategorier som här. Då utbudet av nordisk forskning var något för snävt tvingades vi dock att utesluta detta krav. Emellertid har vi i det fortsatta arbetet inte känt att resultatet genom att blanda vetenskapliga artiklar från olika länder har blivit snedvridet. Tvärtom kunde vi konstatera att både strokepatientens upplevelse av sin sjukdom och sjuksköterskans olika funktioner tycks vara lika i de länder där studierna gjorts.

En annan tanke med vår studie var att försöka finna endast kvalitativa studier att bygga resultatet på. Detta för att få en mer deskriptiv bild av hur patienterna upplever sin sjukdom och vilken roll sjuksköterskan har i strokevården. Denna föresats lyckades och presenterat i resultatet finns endast kvalitativa studier, förutom en som är en blandning av kvalitativa och kvantitativa metoder. Från den sistnämnda har vi dock bara hämtat information från den kvalitativa delen av resultatet.

Litteratursökning

Att endast ha med vetenskapliga artiklar från en databas, PubMed, kan ses som en brist med studien. Dock är denna databas omfattande och med tanke på den mängd träffar som kunde fås fram genom att kombinera sökord med varandra anser vi att sökområdet ändå täckts in väl. Vid senare kontroller har det dessutom visat sig att flera av de artiklar som använts även hade kunnat hittas via någon av de andra databaserna.

Redovisat under metodbeskrivningen finns endast de sökordskombinationer som ledde till använda artiklar. Man kan diskutera om det hade varit bra att redovisa även de sökordskombinationer som inte ledde någon vart, men då detta rör sig om

en uppsjö av olika ord och kombinationer valde vi att inte ta med dessa i tabellöversikten.

Kvalitetsgranskning

Redan tidigt i genomgången av vetenskapliga artiklar som eventuellt kunde vara relevanta med tanke på frågeställningarna hade vi den kommande kvalitetsgranskningen i åtanke. Detta gjorde att de artiklar som hade tvivelaktig vetenskaplig standard eller som verkade svåra att tyda kasserades direkt och därför aldrig kvalitetsgranskades enligt vår mall. Därför var det inte förvånande att alla våra tilltänkta artiklar passerade den granskningsmall som vi gjort med utgångspunkt i Polit m fl (2001). Några av artiklarna hade små anmärkningar från vår sida, men vi bedömde dem ändå som vetenskapliga.

Resultatsammanställning

Tidigt i litteraturstudien hade frågeställningarna en något annorlunda inriktning. Dock fann vi t ex att den ursprungliga frågan hur sjuksköterskan upplever omvårdnaden av en strokedrabbad patient blev för svår att få tydliga svar på. Av denna anledning låg ett par av artiklarna något snett när de slutgiltiga frågeställningarna bestämdes. Detta ledde till att vi var tvungna att utesluta en artikel, som dock var användbar i resultatdiskussionen (Van der Smagt-Duijnsteem m fl 2001). Ytterligare en artikel användes endast sparsamt, men befanns ändå vara värdefull för resultatsammanställningen (Secret 2002). Sammanlagt användes tio artiklar i föreliggande litteraturstudies resultatdel.

En invändning mot denna studie kan eventuellt vara att frågeställningarna var för breda. Det är tänkbart att det hade varit bättre att välja ett smalare område inom ämnet stroke för att kunna penetrera det djupare. Till exempel hade vi ingen möjlighet att ta upp alla de symtom som kan uppträda vid stroke vare sig i bakgrunden eller under resultatet. Inte heller var det möjligt att beskriva hela sjuksköterskans roll vid omvårdnad av strokepatienter. I stället försökte vi fånga patientens upplevelse av sin sjukdom samt sjuksköterskans mer subtila roll som stödjare och samordnare snarare än de konkreta omvårdnadsåtgärder hon kan utföra.

En annan invändning mot studien kan vara att tidsperspektiven i de båda huvudkategorierna inte har preciserats. De studier som i huvudsak ligger till grund för den patientinriktade delen av resultatet har ett mycket vidare tidsperspektiv än de studier som mer inriktar sig på sjuksköterskans roll. Flera av de patientinriktade studierna bygger på intervjuer vid olika tillfällen upp till ett år efter insjuknandet i stroke. De studier som behandlar sjuksköterskors yrkesuppgifter är däremot uteslutande gjorda i sjukhusmiljö, där i sin tur strokepatienter endast vistas under en relativt kort, akut fas av sitt sjukdomstillstånd. Vi har dock ansett att detta är acceptabelt.

Resultatdiskussion

Här diskuteras de resultat vi funnit angående patientens upplevelse och sjuksköterskans roll. Vi ger även våra egna reflektioner och tankar samt i viss mån förslag till hur resultatet kan användas i vården.

Patienters upplevelser

Som framkommit i resultatet så upplever människor som drabbats av stroke radikala förändringar av sin livssituation. Man förlorar ofta både fysiska och kognitiva funktioner och dessutom lider många av utmattning och emotionella problem. Det känns som att man inte längre har kontroll över sin kropp. Detta får även stora konsekvenser för den drabbades sociala liv, inte heller över detta har man längre ordentlig kontroll (Bendz 2003).

Det är inte alltid de personer som rent objektivt har de största funktionsnedsättningarna som har svårast att anpassa sig till sin nya livssituation. Vilken person man är, hur livet tidigare såg ut, vilka sociala relationer man har och hur man klarar av olika aktiviteter har stor betydelse för hur väl man klarar av det nya livet efter en stroke. Detta är också faktorer som påverkar livskvaliteten (Wyller och Kirkevold 1999). Att drabbas av stroke är en omvälvande händelse. Ena dagen är man frisk och nästa dag handikappad. Det är inte alltid som funktionsnedsättningarna syns utanpå människan, som vid kognitiva störningar eller utmattning. Till exempel är det naturligtvis oerhört stressande och frustrerande att drabbas av tal- och språksvårigheter (Bendz 2003). Även förändringar i personligheten förekommer hos strokedrabbade. Fast det verkar som att man fungerar väl är man kanske ändå inte samma person inuti. Dessutom brottas många med stora grubblerier. Varför drabbades just jag? Vilken är den exakta orsaken till min stroke? Kommer jag att drabbas igen? (Secrest & Thomas 1999). Enligt en debattartikel i Dagens Nyheter (Ytterberg & Bjarne 2005) är 75 % av de strokedrabbade oroliga att drabbas igen. Det är inte svårt att förstå att man i denna situation behöver emotionellt stöd.

Vi ansåg inför denna studie att det var relevant för oss som blivande sjuksköterskor att undersöka hur strokepatienter upplever sin livskvalitet. Tidigare har man forskat mycket på frekvensen överlevande och deras vårdbehov. Wyller och Kirkevold (1999) menar att man inom forskningen behöver fokusera bredare och att undersöka hur strokepatienter upplever sin livskvalitet har därför blivit en användbar forskningsmetod. Det finns många olika sätt att definiera begreppet livskvalitet. Vi har använt begreppet i en vid mening och tolkar det som den subjektiva upplevelsen av de fysiska, psykiska och sociala funktionerna som en människa har (Kirkevold 1997). Om man får nedsättningar i dessa funktioner borde då livskvaliteten sänkas i motsvarande grad. Dock är ämnet mer komplext än så. Alla värderar livskvalitet lite olika. Förutom alla de faktorer som kan påverka livskvaliteten som nämnts ovan så är det intressant hur människor jämför sin situation med olika tidpunkter i sitt tidigare liv. Om man endast jämför med hur livet före stroke såg ut, är det naturligtvis svårare att glädjas åt att man efter en tid i rullstol kan börja gå. Många jämför däremot med hur livet blev direkt efter stroke och har då lättare att glädjas åt små framsteg. Det är ju heller inte säkert att man ansåg sig ha en god livskvalitet före stroke (Kvigne m fl 2004). Dessutom kan stroke även ses som en varnings- och väckarklocka. Man kanske bör ta bättre vara på den tid man har och värdesätta livet bättre och om

livsstilsförändringar t ex rökstopp och fysisk aktivitet införs så kan även det höja livskvaliteten (Secrest & Thomas 1999) .

Som vi redogjort för finns det många olika orsaker till att problem med det sociala livet uppstår (Wyller & Kirkevold 1999). Sammanfattningsvis kan sägas att de flesta strokepatienter upplever det som värdefullt att kunna upprätthålla så mycket av den gamla sociala tillvaron som möjligt och i den mån man har svårt med detta kunna hitta nya aktiviteter som ersättning. Om man upplever att man har visst fysiskt och psykiskt oberoende betyder det mycket för självkänslan och livskvaliteten (Widar m fl 2004). Vi tror att det är viktigt att hjälpa den strokedrabbade människan med att så tidigt som möjligt komma igång med de sociala engagemang man klarar av för att undvika risken att personen går ned sig och blir deprimerad. Här har sjuksköterskan en viktig roll i att informera om hur viktigt det är att upprätthålla det sociala, vilka aktiviteter som finns tillgängliga och att ge känslomässigt stöd så att patienten vågar ta steget ut i sin nya situation. Det kan t ex vara värdefullt att träffa andra strokedrabbade för att kunna tala med människor i liknande situation (Long m fl 2002).

En annan aspekt på de ändrade sociala förhållandena är hur den invanda rollen inom familjen kan ändras i samband med att någon drabbas av stroke (Wyller & Kirkevold 1999). Som vi uppfattat det upplever patienterna att deras position inom familjen blir förändrad, man får på något sätt lägre status. Det blir en komplex situation där de anhöriga inte vill belasta den drabbade och kanske inte heller tror att denna kan klara av saker längre. Den drabbade å sin sida kanske inte riktigt har insikt i hur mycket han klarar av och ibland måste lära om vissa saker, t ex byta hand vid några moment. Den drabbade måste också acceptera viss hjälp från sin omgivning samtidigt som det nog är vanligt att man känner att man är en börda och ligger de anhöriga till last (Dowswell m fl 2000). Kvinnor verkar dessutom oroa sig för sin roll som mamma, fru och ansvarig för hushållet. De är vana vid att ha kontroll och att vara den som tar om hand och sköter om. Efter en stroke hamnar kvinnorna lätt i en motsatt situation där de istället måste acceptera att förlora en del av sin kontroll och bli omhändertagna av andra (Kvigne m fl 2004).

Sjuksköterskans funktion

Bendz (2003) studie har jämfört patienternas upplevelser med vad sjuksköterskor och övrig vårdpersonal faktiskt dokumenterar. Det kan ses som oroväckande att patientens egen upplevelse av sin situation ofta skiljer sig från sjuksköterskans och övrig vårdpersonals bild av läget. Den sistnämnda kategorin fokuserar i hög grad på förlorade fysiska funktioner och i någon mån på det kognitiva, medan det sociala och emotionella knappt nämns i dokumentationen. Ej heller den enorma trötthet som vi i resultatet funnit att många strokepatienter lider av verkar uppmärksammas av sjuksköterskan. För patienternas del däremot är det inte alls säkert att det är den fysiska funktions-nedsättningen som är det allvarligaste, utan istället kanske de sociala problemen har högsta prioritet. Det står i Bendz (aa) undersökning klart att skillnaden mellan patientens egna målsättningar och personalens skiljer sig mycket från varandra. För vårdpersonalen är målet att patienten skall återfå sina förlorade funktioner, man reflekterar inte så mycket över prognos och framtid. För patienten är dock att återfå sina förlorade funktioner bara ett medel att återfå sin sociala position eller att anpassa sig till sin nya livssituation.

En studie av van der Smagt-Duijnsteet m fl (2001) undersöker vilka behov de anhöriga till inneliggande strokepatienter har av information, rådgivning och tillgänglighet. Alla de anhöriga i studien (100 %) anser att det är viktigt att få ärliga svar på sina frågor. Nästan alla (95 %) tyckte att information över huvud taget var viktigt. Vi tror att sjuksköterskan genom att ge information och ärliga svar kan hjälpa anhöriga att kunna förstå och acceptera de förändringar som den strokedrabbade genomgår. De fysiska funktionsnedsättningarna är lätta att se och även att förstå orsaken till, men vissa av de andra följderna tycks uppmärksammas i mindre grad av vårdpersonalen. Få anhöriga verkar vara förberedda på den stora utmattningen som ofta följer en stroke eller de personlighets- och humörförändringar som kan uppträda hos vissa. Det är förmodligen oerhört svårt att kunna acceptera att en nära anhörig plötsligt beter sig annorlunda mot vad man är van vid. Varför gråter personen hela tiden? Beror det på stroke eller helt enkelt på åldern? (Long m fl 2002) Här kan nog sjuksköterskan ha en mycket viktig funktion att fylla genom att kunna erbjuda information, stöd och svar på frågor även till de anhöriga. Sjuksköterskan bör kanske ta sig mer tid till att förklara vårdprocessen och planeringen kring patienten för de anhöriga så att dessa känner sig delaktiga i omvårdnaden (Kirkevold 1997). Secret (2002) ger i sin studie av hur strokedrabbade och deras anhöriga upplever sjuksköterskor i rehabiliteringen en något dyster bild. De anhöriga förstår inte riktigt vad sjuksköterskorna fyller för funktion och känner sig inte alls inkluderade i omvårdnaden.

Genom att sätta oss in i vilken roll sjuksköterskan har inom strokevården har vi förstått att hon fyller en viktig funktion genom att skapa goda förutsättningar för att patienten skall kunna få en så god rehabilitering som möjligt. Detta gör hon genom den basala omvårdnaden och genom att förebygga komplikationer så att den terapeutiska miljön blir så gynnsam som möjligt (Bendz 2003). Hon tar även del i terapin genom att integrera övningar i vardagsrutinerna. Här är det viktigt att hon ger tydliga instruktioner och har tålamod med patienten för att kunna guida denne till att uppnå målen (Kumlien & Axelsson 2000). Över huvud taget är det viktigt att sjuksköterskan hittar en balans mellan egenvården, det vill säga att låta patienten försöka klara sina uppgifter själv, och den hjälp hon faktiskt måste ge (Mcduff 1998). Det gäller att introducera egenvården så att patienten förstår att det är för dennes egen skull och inte för att sjuksköterskan inte har tid eller bryr sig. Åter igen är det viktigt med information så att patienten inte känner sig överkörd (Long m fl 2002).

Patienterna i de undersökningar vi använt till att grunda vårt resultat på verkar ha en något dubbel bild av vilken roll sjuksköterskan spelar i deras rehabilitering. Å ena sidan tar de henne lite för given, de är inte riktigt medvetna om vilken stor funktion hon har att fylla utan ser bara att hon gör det nödvändiga och basala i vardagen (Mcduff 1998, Long m fl 2002). Man verkar t ex skatta sjukgymnasten eller arbetsterapeuten högre och förstår inte att även sjuksköterskan tar del i rehabiliteringen (Secret 2002). Å andra sidan ser patienterna sjuksköterskan som ett stort stöd och uppskattar hennes omtänksamhet (Mcduff 1998, Long m fl 2002, Kvigne m fl 2004).

Det känslomässiga stödet från sjuksköterskan är precis som den övriga omvårdnaden mycket viktigt för att patienten skall ha goda förutsättningar för sin rehabilitering (Long m fl 2002). Vi tolkar det som att patienterna uppskattar sjuksköterskans stöd och uppmuntran. Att ha någon att tala med och någon som

lyssnar och är lyhörd för ens känsloläge betyder mycket. Lika så att bli uppmuntrad och stöttad vid terapiövningar och vardagsaktiviteter. Däremot verkar det vara vanligt att patienterna upplever tidsbrist hos sjuksköterskorna. T ex återges i McDuffs (1998) studie hur sjuksköterskorna inte har tid att sitta ned utan hela tiden är på språng Samma uppfattning verkar även sjuksköterskorna själva ha. Enligt Long m fl (2002) är att ge emotionellt stöd till patienterna något som både uppskattas och värderas högt av sjuksköterskorna. Däremot så är det uttröttande och blir dåligt dokumenterat. Även här anges tidsbristen som boven i dramat.

Vi anser att sjuksköterskans roll som emotionellt stöd till den strokedrabbade inte kan överskattas. Det är viktigt att försöka hitta tiden till samtal även om det kan vara svårt. Bra att tänka på kan vara den gamla sanningen om att en patient värderar fem minuter sittande tid högre än om sjuksköterskan står upp i tio minuter (Almå 2002). Att uppleva att hon är på språng och själv är stressad skapar inte någon gynnsam miljö för att patienten skall kunna ta upp sina frågor och för att sjuksköterskan skall kunna vara lyhörd för hur han/hon mår eller om det finns något som behöver ventileras. Det är inte alla patienter som själva tar initiativ till samtal och frågor (Kirkevold 1997). En annan sak att ta hänsyn till vad gäller givandet av emotionellt stöd är huruvida sjuksköterskornas kunskaper i ämnet är tillräckligt goda. I Kumlien och Axelssons (2000) studie har sjuksköterskor intervjuats angående hur de ser på sina egna kunskaper i att bedöma strokepatienters beteende, kognition och humör. Alla intervjuade uttrycker behovet av mer kunskap och anser att den utbildning om stroke som de fått i grundutbildningen var för ytlig. De sjuksköterskor som redan har gått vidareutbildning i strokevård berättar att de nu inser hur lite de visste före denna utbildning. De tycker att de kunnat ta en mer aktiv roll i patientens rehabilitering sedan de fått mer kunskap.

Slutsats samt förslag till vidare forskning

Sjuksköterskan kan genom omvårdnad och emotionellt stöd hjälpa den strokedrabbade patienten att bibehålla eller förbättra sin livskvalitet (Almå 2002). För detta krävs att hon är uppmärksam på och visar förståelse för patientens upplevelse av sin situation. Det är även viktigt att ta hänsyn till hur patienten anpassar sig till sin nya livssituation och de nya relationerna till anhöriga. Man får inte glömma att upplevelserna skiljer sig mellan olika patienter eftersom livskvalitet har att göra med individuella tolkningar och värderingar av situationen och inte skall bedömas av andra (Widar m fl 2004). Vårdpersonalen får inte generalisera utan patienten skall vara delaktig i sin vårdplanering och vara med och påverka när målsättningen med rehabiliteringen görs (Bendz 2003). Sjuksköterskan behöver också ta hänsyn till de anhöriga genom att erbjuda information, stöd och hjälp så att de i sin tur kan vara ett bra stöd och bibehålla en god relation till den drabbade (Long m fl 2002).

En av frågeställningarna som vi ursprungligen hade var hur sjuksköterskan upplever sin omvårdnad av patienter som drabbats av stroke. Detta visade sig dock vara svårt att hitta studier om. Vi tycker att det vore intressant om man forskade på detta område då det lilla vi fick fram tyder på att inte alla sjuksköterskor känner att de har tillräcklig kunskap. Med kunskap menar vi i detta fall allt ifrån bemötande och bedömning av patientens behov till planering av den individuella omvårdnaden och anhörigstöd.

REFERENSER

- Almås H Red. (2002) *Klinisk omvårdnad del 2*. Stockholm: Liber
- Bendz M (2003) The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3):215-222
- Dowswell G, Lawler J, Dowswell T, Young J, Forster A & Hearn J (2000) Investigating recovery from stroke: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4):507-515
- Ericson E & Ericson T (2003) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur
- Grefberg N & Johansson L-G Red. (2003) *Medicinboken. Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Liber
- Hedner L P Red. (2003) *Invärtesmedicin*. Lund: Studentlitteratur
- Jeppsson B, Peterson H-I & Risberg B Red (2001) *Kirurgi*. Lund: Studentlitteratur
- Jekander A (2003) *Det gick en propp*. Stockholm: Wahlström & Widstrand
- Kirkevold M (1997) The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science*, 19(4): 55-64
- Kumlien S & Axelsson K (2000) The nursing care of stroke patients in nursing homes. Nurses' descriptions and experiences relating to cognition and mood. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4):489-497
- Kvigne K, Kirkevold M & Gjengedal E (2004) Fighting back – struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health Care for Women International*, 25(4):370-387
- Larsson M & Rundgren Å (1997) *Geriatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Long A F, Kneafsey R, Ryan J & Berry J (2002) The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1):70-78
- Macduff C N (1998) Stroke Patients perceptions of hospital nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 7(5):442-450
- Mackay J & Mensah G (2004) *WHO: The Atlas of Heart Disease and Stroke*. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en 2005-04-02
- Polit D, Beck C & Hungler B (2001) *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott
- Riks-Stroke (2004) *Analyserande rapport för helåret 2003* <http://www.riks-stroke.org/files/analyser/RAPPORT03.pdf> 2005-03-20

Secret J (2002) How Stroke Survivors and Primary Support Persons Experience Nurses in Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 27(5):176-181

Secret J & Thomas S P (1999) Continuity and Discontinuity: The Quality of Life Following Stroke. *Rehabilitation Nursing*, 24(6):240-246

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen (2000) *Nationella riktlinjer för strokesjukvård - Version för hälso- och sjukvårdspersonal*. <http://www.sos.se/fulltext/0000-028/0000-028.htm> 2005-03-20

Van der Smagt-Duijnste M E, Hamers J P, Abu-Saad H H & Zuidhof A (2001) Relatives of hospitalized stroke patients: their needs for information, counselling and accessibility. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3):307-315

Widar M, Ahlström G & Ek A-C (2004) Health-related quality of life in persons with long-term pain after a stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4):497-505

Wyller T B & Kirkevold M (1999) How does a cerebral stroke affect quality of life? Towards an adequate theoretical account. *Disability and rehabilitation*, 21(4):152-161

Ytterberg M & Bjarne D (2005) Sex av tio strokepatienter utan stöd från sjukvården. *Dagens Nyheter* 10 maj

Bilaga 1 - Kriterier för kvalitetsgranskning av vetenskapliga artiklar

Vi har valt att följa vad Polit, Beck & Hungler (2001) säger om hur kvalitativa vetenskapliga artiklar bör vara utformade.

Titel: Titeln skall spegla det centrala fenomenet och gruppen som är undersökt. Innehåller 15 eller färre ord.

Abstract: Kort beskrivning av studien som finns i början av artikeln. Innehåller ca 100-200 ord och beskriver syftet, vilka forskningsfrågorna är, vilka metoder forskaren har använt och vilka resultat som framkommit. Om det finns slutsatser för hur resultatet kan användas i omvårdnaden skall även detta redovisas.

Introduktion: Kallas inte alltid för introduktion, men skall alltid komma efter abstractet. Bekantar läsaren med forskningsproblemet och sammanhanget. Innehåller oftast följande punkter:

- Det centrala fenomenet och de begrepp som man undersöker i studien.
- Syftet, forskningsfrågor och/eller hypoteser som skall prövas
- Översikt av tidigare litteratur på området
- Teoretiskt ramverk
- Behovet av att studien genomförs

Metod: Beskriver för läsaren vilka metoder som forskaren använt för att besvara forskningsfrågorna. Metodsektionen informerar läsaren om viktiga metodiska beslut. Texten redogör för varför man anser att just en kvalitativ metod var lämpligast och vilken typ av analys man gjort.

Resultat: Här presenteras forskningsresultaten efter det att data analyserats. Texten sammanfattar fynden, ofta i form av teman, och kan kompletteras med tabeller eller figurer som belyser de viktigaste resultaten.

Diskussion: Här drar forskaren slutsatser av vad fynden har för innebörd. Den här delen skall försöka reda ut vad resultaten betyder, varför saker blev som de blev och hur resultaten kan användas i framtiden. Diskussionen kan innehålla följande ämnen:

- En tolkning av resultaten.
- Slutsatser – forskaren ger förslag på hur fynden kan användas i framtiden för att förbättra omvårdnaden.
- Begränsningar – det är ett plus om forskaren redogör för och visa för läsarna att han är medveten om svårigheter som varit under studien, allt från urvalsproblem, designproblem, svagheter i datainsamlingen osv.

Referenser: En lista över de böcker, rapporter och artiklar som det finns hänvisningar till i texten.