

Skifte till ett nytt liv

Strokeöverlevares upplevelse av övergången

FÖRFATTARE	Anna Appelgren Kerstin Zetterman
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250 VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Andersson
EXAMINATOR	Linda Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Skifte till ett nytt liv Strokeöverlevares upplevelse av övergången
Titel (engelsk):	Shift to a new life Strokesurvivors experience of the transition
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program: Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Anna Appelgren Kerstin Zetterman
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Linda Berg

SAMMANFATTNING

Att drabbas av stroke innebär ofta en stor livsomställning för individer eftersom sjukdomen kan medföra stora förändringar vid övergången från frisk till sjuk. Transitioner är en process som innefattar en övergång från en period i livet till en annan. Att drabbas av sjukdom kan innebära en påverkan på hela patientens livssituation. Anpassning handlar om att skapa en balans i tillvaron genom att hantera de omständigheter som individen ställs inför. Individer som drabbas av sjukdom kan vara i större behov av stöd för att klara av anpassningen på ett bra sätt. Sjuksköterskan behöver ha kunskap och förståelse för hur transitionen kan upplevas för att kunna hjälpa patienten att anpassa sig till sin nya livssituation. Syftet var att belysa hur patienter som drabbats av stroke upplever övergången till en ny livssituation. Litteraturöversikten baserades på tolv kvalitativa artiklar och en kvantitativ artikel. Nio av artiklarna valdes via systematiska sökningar i Cinahl och Scopus, resterade fyra artiklar valdes via manuella sökningar. Resultatet sammanfattades i fem huvudteman. *Förändring av livssituation*: Patienterna upplevde att hela deras livssituation hade förändrats till följd av sjukdomen. *Påverkan på identitet och självbild* med subtemat *Förändrade roller*: Att drabbas av stroke innebar ofta en förändrad identitet och självbild. *Kroppsliga förändringar*: Sjukdomen innebar att patienterna upplevde en förändrad relation till kroppen och såg kroppen på ett nytt sätt. *Känslomässiga förändringar*: Att drabbas av stroke väckte många olika känslor. *Sociala förändringar* med subteman *Relationer, Isolation och att vara en börda* samt *Reaktioner från omgivningen*: Sjukdomen påverkade relationer och kunde leda till att individens sociala interaktioner minskade. Som sjuksköterska var det viktigt att vara medveten om vilka förändringar som patienten upplevde och hur livssituationen hade påverkats. Sjuksköterskan behövde ge patienten det stöd som denne hade behov av, för att underlätta patientens anpassning och övergång till en ny livssituation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

sid

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
STROKE	1
TRANSITION	2
LIVSSITUATION	2
IDENTITET OCH SJÄLVBILD	3
ANPASSNING	4
COPING	4
STÖD	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
DATAINSAMLING	6
DATAANALYS	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	7
RESULTAT	8
FÖRÄNDRING AV LIVSSITUATION	8
PÅVERKAN PÅ IDENTITET OCH SJÄLVBILD	9
Förändrade roller.....	10
KROPPSLIGA FÖRÄNDRINGAR	10
KÄNSLOMÄSSIGA FÖRÄNDRINGAR	12
SOCIALA FÖRÄNDRINGAR	13
Relationer.....	13
Isolation och att vara en börda.....	14
Reaktioner från omgivningen.....	15
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	16
Klinisk implikation.....	20
REFERENSER	22
BILAGOR	
1. SÖKPROTOKOLL	
2. ARTIKELÖVERSIKT	

INLEDNING

Under den verksamhetsförlagda utbildningen har vi vid ett flertal tillfällen träffat på patienter som drabbats av stroke. Sjukdomen innebär ofta en stor livsomställning för patienterna eftersom den kan medföra stora förändringar vid övergången från frisk till sjuk. Varje år drabbas cirka 30 000 människor av stroke i Sverige (1, 2). Det är den sjukdom som orsakar flest funktionshinder hos vuxna. Eftersom stroke är en vanlig sjukdom innebär det att de flesta som arbetar inom vården kommer möta människor som drabbats av stroke och vara delaktiga i deras vård (3). Att drabbas av stroke får såväl fysiska, psykiska som sociala konsekvenser och innebär i många fall en stor livsomställning för den drabbade individen (4). Strokeöverlevare har ofta svårt att förmedla sina känslor och upplevelser då kommunikationsförmågan är påverkad. Även de som inte har kommunikationssvårigheter kan ha svårt att förmedla sina känslor och upplevelser. Därför finns ett behov av ökad kunskap om hur strokeöverlevare upplever sin situation för att sjuksköterskan lättare ska kunna ge det stöd som patienterna behöver.

BAKGRUND

STROKE

Stroke uppkommer plötsligt till följd av en cirkulationsstörning i hjärnans blodkärl och orsakar fokalt neurologiskt bortfallssymtom. Tillståndet leder till döden eller har symtom som varar i mer än 24 timmar. Det ska inte kunna härledas till annan sjukdom (3). I begreppet stroke ingår hjärninfarkt (embolier och cerebrala trombosor) och hjärnblödningar (subaraknoidalblödning och intracerebrala hematomer). Vid stroke får hjärnans vävnad bristande blodtillförsel och därmed syrebrist vilket orsakar hjärnskada. Den bristande blodtillförseln beror antingen på en blödning som orsakar ett ökat tryck i hjärnan eller på att en embolus eller trombos orsakar ocklusion av ett blodkärl (5).

Beroende på var i hjärnan skadan uppstår och hur stora skadorna är orsakar sjukdomen olika symtom och tecken. Skador i den ena hjärnhalvan leder ofta till funktionsnedsättning i den motsatta kroppshalvan, exempelvis genom försämrad muskelkraft och förlamning. Detta kan ge gång- och rörelsesvårigheter och sämre balans. Synen och känseln kan också påverkas på motsatt sida i förhållande till hjärnskadan. Andra funktioner som kan påverkas av hjärnskadorna är medvetandet, språket, läs-, skriv-, räkne- och talförmågan. Personer som drabbas av stroke kan även få problem med minnet, koncentrationen, förmågan att planera och behålla uppmärksamheten. Skadorna kan dessutom påverka den strokedrabbades personlighet och omdöme. Sjukdomen utlöser olika slags reaktioner och kriser, den har ett samband med familje- och relationsproblem och med depressioner. Den kan leda till både stora och små förändringar vad gäller patientens och dess närståendes sätt att leva, såsom livsstilsförändringar, ändrade bostadsförhållanden och ändringar i vardagen. Förändringarna kan vara plötsliga (4).

I Sverige är över 80 procent av de som insjuknar i stroke över 65 år (1). Stigande ålder är en riskfaktor för att drabbas. Av de som insjuknar i stroke innan 80 års ålder är större andelen män, över 80 år är större andelen kvinnor. På grund av att kunskapen har ökat om akut vård och rehabilitering vid stroke har svåra handikapp minskat. Detta leder till att fler människor kan bli oberoende igen (5).

TRANSITION

Begreppet transition kan definieras som en övergång från en fas i livet, en status, ett tillstånd eller en plats till en annan (6-8). Transitioner är en process som innefattar en övergång från en period i livet till en annan. Processen utlöses av att individen genomgår perioder av obalans eller förändring. Under en period av transition upplever individen förändringar i sättet som de ser på sig själva och sin livssituation. Detta leder till att individen behöver utveckla nya strategier och förmågor för att klara av att hantera sin nya situation (9). De typer av transitioner som kan bli aktuella för sjuksköterskan är de transitioner som är relaterade till hälsa och sjukdom, utveckling, situation och organisation. Transitioner gällande hälsa och sjukdom kan handla om att diagnostiseras med en kronisk sjukdom, att bli utskriven från sjukhus eller att gå igenom en återhämtningsprocess. Utvecklingstransitioner innebär att individen går från en fas i livet till en annan. Det kan till exempel handla om att gå från att vara barn till att bli tonåring, att bli förälder eller när kvinnan kommer i klimakteriet. Att flytta till ett särskilt boende, att byta yrkesroll och att bli änka är exempel på transitioner som är relaterade till individens situation. Organisationstransitioner innebär transitioner som rör miljön såsom förändringar i samhället och introduktion av nya rutiner eller ny teknik på arbetsplatsen (7, 8). Transitioner är komplexa processer och en individ kan genomgå flera transitioner parallellt under samma tidsperiod (8). Det kan till exempel handla om att en person genomgår en skilsmässa samtidigt som denne blir diagnostiserad med en kronisk sjukdom (10).

Tre faktorer som kan ge en lyckad transition är att personen upplever välbefinnande under transitionen, att denne kan hantera sin nya roll och att det finns fungerande sociala relationer. För att individen ska kunna uppleva välbefinnande under transitionen behöver patienten ha effektiva copingstrategier och kunna hantera sina känslor, uppleva värdighet, personlig integritet och livskvalitet. Att personen har klarat av att gå in i den nya rollen på ett bra sätt tyder på att denne är bekväm med det beteende som krävs i den nya situationen. Fungerande sociala relationer är också en viktig faktor som har betydelse för hur lyckad en transition blir (8). Transition är ett viktigt begrepp för personer som drabbats av stroke (11). Sjukdomen innebär en stor och i vissa fall oåterkallelig förändring av livet och gör att personen separeras från det dagliga livet. Att drabbas av stroke kan ses som en transition eftersom det är något som sker över en begränsad tidsperiod och inträffar utan förvarning (12).

LIVSSITUATION

Hela patientens livssituation kan påverkas av en skada eller sjukdom (13). Begreppet livssituation kan delas upp i tre dimensioner: leva med sig själv, leva med andra och leva i situationer. Den första dimensionen att leva med sig själv syftar till hur en persons liv är relaterat till rytmer, kapacitet, begränsningar, känslor, historia, önskningsar, drömmar, förhoppningar, idéer, åsikter, val, vanor och kunskap. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv har att leva med sig själv en specifik innebörd i termer av hur patienternas levande behöver stöttas och/eller guidas när det är begränsat av olika typer av hälsorelaterade hot mot kroppens och personens identitet eller mot själva sättet att leva. Den andra dimensionen att leva med andra involverar att samexistera, kommunicera, samordna, ha utbyte och att interagera som människor, ibland av eget val och ibland på grund av tillfälligheter eller tvång. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv kan levandet med andra ibland behöva begränsas eller arrangeras annorlunda beroende på

patientens hälsotillstånd eller vårderfarenheter. Den tredje dimensionen att leva i situationer syftar till idén att levandet äger rum i ett sammanhang och att levnadssätt justeras och anpassas till sammanhangets krav på mänsklig existens. Levnadssituationer kan variera från att gälla vardagliga livssituationer såsom familj och arbete till mer specifika situationer såsom sjukhus och fängelse. Situationer kan anses vara stabila över tid eller vara övergående och föränderliga. Att leva i situationer innebär att svara på, tillmötesgå och anpassa sig till, hantera, engagera sig i samt välja och skapa ett sammanhang av ens existens. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv väcker levnadssituationen frågor angående patienternas relation till sin omgivning och sitt boende eller annat i patientens liv som är nödvändigt, ofrånkomligt eller önskvärt på grund av de oförutsedda händelser som följer hälsoproblem eller hälsovård (14).

IDENTITET OCH SJÄLVBILD

Identitet och självbild innebär först och främst en medvetenhet om sitt jag men även en medvetenhet om den egna personligheten. Att vara medveten om sitt jag betyder bland annat att det finns en tydlig gräns gentemot andra och att i stort sett förbli densamma trots de förändringar som sker i livet (15). Begreppen självbild och identitet kan ibland användas som synonymer precis som ovan (16). Begreppet identitet är dock mer övergripande än begreppet självbild. Identitet beskriver även hur en individ upplever sig själv över tid. Narrativ identitet är hur en person väljer att berätta om sig själv. Berättelsen behöver uppfylla vissa krav för att det ska vara en narrativ identitet. Den ska ge en sammanhängande bild av personens liv och följa en tidsaxel (10).

Identiteten formas i tonåren men ändras sedan under livets gång. Nya erfarenheter integreras med den tidigare identiteten vilket kan ske på två olika sätt. Erfarenheter kan integreras genom att en förändring uppfattas och sedan ändras identiteten utefter den eller genom att den redan existerande identiteten enbart bekräftas av erfarenheten. Utveckling av identiteten innebär att personen konstruerar en känsla av kontinuitet mellan det förflutna och nuet genom skapandet av en livsberättelse. Att behålla en känsla av kontinuitet är viktigt för att kunna anpassa sig till svåra situationer i livet (17).

Människor har flera olika typer av identiteter som till exempel personlig identitet, yrkesidentitet, kroppslig identitet och sjukdomsidentitet. Den personliga identiteten påverkas av familjen samt av det samhälle och den kultur som personen befinner sig i (18, 19). Denna identitet följer alltid med personen. Den personliga identiteten inverkar på yrkesidentiteten och därmed även på vilka vi är som yrkesutövare (19). En viktig del av ens identitet är kroppen. Det är vanligt att beskriva en person utifrån hur denne ser ut och beter sig (10). Kroppslig identitet är den relation som individen har till den egna kroppen (16, 18). Den förändras under livet på grund av att kroppen ändras och påverkas av erfarenheter och intryck (16). Stora delar av kroppen upplever vi inte medvetet förrän den slutar fungera eller börjar orsaka problem. Ibland upplever sig personer vara ett med sin kropp. Vid andra tillfällen upplevs en delning då kroppen skiljs från självet. Sjukdomsidentiteten är hur personen förhåller sig till sin sjukdom. Sjukdomen kan upplevas som något främmande som drabbar en eller som en obalans i livet (18).

När en person drabbas av en svår sjukdom eller av ett dödsfall i familjen kan det upplevas som att hela livshistorien går sönder och blir rörig. Händelsen behöver vävas samman med den tidigare livsberättelsen för att tillvaron ska kunna upplevas

meningsfull igen. För att hjälpa en person att uppleva ny mening och därmed få tröst gäller det särskilt att lyssna på personens berättelse (10).

ANPASSNING

Anpassning är processen och resultatet av hur människor, som individer eller grupp, använder medvetna val för att skapa mänsklig integration och integration av omgivningen (20). Begreppet är relaterat till hur individen klarar av att leva upp till de förväntningar som finns från andra gällande beteenden och attityder. Anpassning kan innebära att en person ändrar sitt beteende eller sin attityd. Det kan även innebära att en person påverkar någon annan till förändring. Vad som anses vara god anpassning varierar beroende på vem som värderar (21).

Anpassning kan antingen beskrivas som ett tillstånd eller som en process. Anpassning som ett tillstånd innebär att se om en person är anpassad till den situation som denne befinner sig i. Anpassningsprocessen triggas igång av yttre stimuli som till exempel stora livshändelser och skapar en fysisk eller psykisk reaktion. Över tid minskar dessa reaktioner och återgår till samma nivå som innan händelsen (22). Anpassning som en process handlar om hur individen skapar en mening av dåtida, nutida och framtida händelser för att på så sätt uppnå välbefinnande. Att anpassa sig är ett sätt att återhämta sig psykiskt efter motgångar. Begreppet anpassning är relaterat till coping. Skillnaden är att coping inte säger något om huruvida processen fick en positiv utgång, till skillnad från anpassning som syftar på återhämtning vilket antyder att processen var lyckad (23). Dock är anpassning inte detsamma som att ge upp inför omständigheterna utan handlar om sätt att hantera sin situation. Det är en komplex process som påverkas både av individen och av dess omgivning (20).

Anpassning handlar om att skapa en balans i tillvaron genom att hantera de omständigheter som individen ställs inför. Människor har en stor förmåga att anpassa sig till nya livsomständigheter. Individer som drabbas av sjukdom kan dock vara i större behov av omgivningens stöd för att klara av anpassningen på ett bra sätt (20).

Att insjukna i stroke innebär en stor förändring i livet och medför därmed att personen behöver anpassa sig till sin nya situation (12). Anpassning och förmåga att hantera konsekvenserna av stroke innebär att personen kan återfå kontroll över sitt liv (24). Viss forskning visar att det inte går att anpassa sig efter en stroke fullt ut eftersom anpassningsprocessen hela tiden försvåras av att personer jämför med sina tidigare liv. Anpassning efter stroke kan ses som en process där individen försöker förena sitt tidigare och nuvarande själv. Att klara av nya färdigheter, anpassa gamla förmågor och göra förändringar i omgivningen för att på så sätt anpassa sig till den nya situationen associeras med hopp för återhämtning (12).

COPING

Coping är de olika strategier som individen använder sig av för att kunna klara av påfrestningar och de krav som ställs (25). Det består av kognitiva och beteendemässiga strategier för att hantera psykologisk stress som individen kan utsättas för (26). Coping är dock inte detsamma som att klara av att lösa ett visst problem, eftersom människor ibland ställs inför problem som inte är möjliga att lösa utan enbart går att hantera (27). Det kan ses som en process som förändras med tiden och är beroende av faktorer i

omgivningen (26). Copingprocessen är de medfödda eller förvärvade sätt som personer reagerar på förändring i omgivningen (20). Begreppet coping kan användas oavsett om processen individen genomgår leder till anpassning eller ej (26).

För att hantera inre och yttre krav som överstiger en individs resurser eller uppfattas som krävande behöver individen ha strategier för att klara av dessa påfrestningar (26). Coping är de strategier som individen använder sig av för att hantera dessa svåra situationer i livet (20). Copingstrategier kan till exempel vara att söka socialt stöd genom att prata med någon annan om sin situation, att hålla sina känslor och tankar för sig själv och att försöka finna en lösning på ett problem eller en situation (26). Strategierna kan delas upp i känslomässigt orienterad coping, kognitiv coping och problemorienterad coping. Känslomässigt orienterad coping handlar om de sätt som individen bearbetar de reaktioner och känslor som uppkommer. Till en början kan personen till exempel använda sig av mentala försvarsmekanismer som förnekelse för att skydda sig mot hopplöshet och ångest. Dessa strategier kan vara nödvändiga i början av krisfasen men kan försvåra anpassningen i ett senare skede. Att försöka förstå situationen och göra den mer begriplig är en form av kognitiv coping. Individen försöker analysera situationen som denne befinner sig i för att förbereda sig mentalt på eventuella konsekvenser och försöker finna sätt att agera på dessa. Problemorienterad coping avser det praktiska handlande och beteende som individen använder sig av för att anpassa sig till den nya situationen och lösa de problem som denne stöter på. Det handlar om att forma en ny verklighetsuppfattning, finna nya sätt att hantera problem på och nya färdigheter för att få en fungerande vardag (27). Framgångsrik coping är ett viktigt steg mot ökad empowerment för individer som drabbats av stroke. Coping innebär att hantera de konsekvenser som sjukdomen har på ens liv (24).

STÖD

Socialt stöd är en bred term som omfattar de stödjande sätt som människor beter sig på i den sociala omgivningen (28). Det är ett mångfacetterat och multifunktionellt koncept och är en av de viktigaste faktorerna vad gäller hur människor anpassar sig till motgångar (29). Socialt stöd erhålls ofta från familj, vänner, grannar, deltagare i stödgrupper och bekanta. Människor söker sig till vårdgivare för socialt stöd endast när andra inte kan ge dem det stöd som de behöver (30).

Den sociala omgivningen kan mätas med hjälp av strukturella mått och funktionella mått. Ett strukturellt mått är kvantitativt och beskriver existensen, sammankopplingar och relationer mellan en grupp människor. Exempel är civilstatus, hur många vänner en person har och hur ofta de träffas samt hur många olika sociala roller personen har. Funktionella mått är ett kvalitativt mått som syftar till de resurser som människor inom en individs sociala nätverk tillhandahåller (28). Det omfattar känslomässigt stöd, praktiskt stöd och informativt stöd (28, 29).

Känslomässigt stöd innebär att det finns människor som kan lyssna, bry sig, uppmuntra och som gör att individen känner sig älskad, uppskattad och omhändertagen (29). Bara att veta att någon är tillgänglig kan vara tröstande, det behöver inte vara någon fysiskt närvarande. Praktiskt stöd kan innebära att människor ger materiella tillgångar som till exempel möbler och mat (30). Det kan även innebära att människor hjälper till med exempelvis hushållssysslor, att gå ärenden och att ge ekonomiskt stöd (28, 30). Informativt stöd involverar tillhandahållandet av den information och vägledning (28)

som hjälper en person att förstå, definiera och hantera problematiska händelser. Det kan även vara handlingar som klargör känslor och ger uppmuntran (29). För att socialt stöd ska kunna ges behöver mottagaren av stödet inse behovet av stöd och vara villig att få hjälp. Detta är beroende av individens uppfattning av sin egen copingförmåga och de förväntningar som finns på omgivningen (30).

Att se stroke som en transition i livet innebär att socialt stöd får en betydande del i strokerehabiliteringen. Socialt stöd har en positiv inverkan på både rehabiliteringen och livskvalitén efter stroke (12). Strokeöverlevarna har ett behov av tillräcklig och individuellt anpassad information under rehabiliteringen. De ser informationen som ett sätt att hjälpa sig själva och som ett hjälpmedel för att ta en aktiv del i rehabiliteringen. Det upplevs särskilt viktigt att få information inom följande områden: sjukdomens orsak, individuella framsteg, utvärdering av behandlingsplan och beslut angående utskrivning och uppföljning. Patienterna upplever att information hjälper dem att förstå målet med rehabiliteringen och att förstå när de gör framsteg (24).

PROBLEMFÖRMULERING

Möten mellan sjuksköterskor och patienter sker ofta under en period då patienten genomgår en transition. De förändringar som transitionen innebär har stor betydelse för patientens välbefinnande och hälsa. Stroke är en utlösande faktor som sätter igång en transition, vilket ändrar sättet som individen ser på sig själv och sin situation. Sjukdomen leder till förändring av identitet, roller och beteenden. Efter att ha drabbats av stroke är patienten i behov av stöd och hjälp i transitionen för att lättare kunna anpassa sig till den nya vardagen. En strokeöverlevare kan ha svårt att förmedla sina känslor, behov och upplevelser av situationen. Sjuksköterskan behöver därför ha kunskap och förståelse för hur transitionen kan upplevas för att kunna hjälpa patienten att anpassa sig till sin nya livssituation.

SYFTE

Syftet är att belysa hur patienter som drabbats av stroke upplever övergången till en ny livssituation.

METOD

DATAINSAMLING

Utifrån de modeller som finns för litteraturbaserade examensarbeten valde vi att göra en litteraturöversikt eftersom vi ansåg att det stämde bäst överens med syftet. Vi ville med arbetet få en överblick över strokeöverlevares upplevelser för att kunna få fram kunskap som kan påverka omvårdnaden. Med denna modell används både kvalitativa och kvantitativa artiklar (31).

Artikelsökningen gjordes i databaserna Cinahl och Scopus. Sökningarna inleddes i Cinahl eftersom den innehåller artiklar publicerade i omvårdnadstidskrifter och större delen av artiklarna handlar om omvårdnad (32). För att försäkra oss om att vi inte missade några artiklar som berörde problemområdet gjordes även sökningar i Scopus, som är en multidisciplinär databas (33). Följande inklusions- och exklusionskriterier valdes:

Inklusionskriterier:

- Alla svårighetsgrader av stroke.
- Artiklar som var utifrån patientens perspektiv.
- Artiklar publicerade år 1998 och framåt.
- Artiklar som var vetenskapligt granskade.
- Artiklar skrivna på svenska eller engelska.

Exklusionskriterier:

- Barn 0-18 år.
- Översiktsartiklar.
- Artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext i databas eller på internet.

För att få fram sökord använde vi oss av Svensk MeSH (Medical Subject Heading), Cinahl headings och Norstedts stora svensk-engelska ordbok. Huvudsökorden var: *stroke, experience* och *transition*. Kompletterande sökord till dessa var: *patient, adapt, change, rehabilitation, identity, self, perspective, coping, adjust, recovery, illness, life, social* och *support*. Efter de första sökningarna upptäcktes att sökordet *transition* begränsade antalet sökträffar. Valet blev därför att byta ut ordet *transition* med ord som till exempel *change*. För att sökordens alla böjningar skulle inkluderas i sökningen användes trunkering (34).

Sökningarna inleddes med de ovanstående huvudsökorden. Vid ett för stort antal träffar begränsades sökningen med hjälp av de kompletterande sökorden tills att vi fick under 40 träffar. Därefter valdes de artiklar ut som hade titlar som stämde överens med syftet och dess abstrakt lästes igenom. De artiklar vars abstrakt stämde överens med syftet valdes ut för vidare granskning, se bilaga 1 urval 1. Det gjordes även en manuell sökning i referenslistan på artiklarna som vi fått fram i databaserna. De titlar som stämde överens med syftet gjorde vi en direkt sökning på i databasen Cinahl. Abstrakten lästes därefter igenom för att ta reda på om artiklarna var relevanta för syftet. De artiklar som var relevanta valdes ut för vidare granskning.

DATAANALYS

Artiklarna lästes igenom noggrant och granskades utifrån ett granskningsprotokoll för kvalitativa och kvantitativa artiklar (35). Efter att ha svarat på frågorna i protokollet bedömde vi om kvaliteten var hög, medel eller låg. Artiklarna som vi ansåg hade låg kvalitet valdes bort. De kvarvarande artiklarna hade huvudsakligen hög kvalitet. Artiklarna som vi valde att använda oss av, se bilaga 1 urval 2, analyserades i flera steg. Vi läste igenom artiklarna igen med syftet i åtanke och sammanfattade artikeln genom att skriva ner de upplevelser som artikeln berörde. Därefter identifierades likheter och skillnader av upplevelser i artiklarna och materialet sorterades i subteman utifrån detta. I nästa steg delade vi in de subteman som hörde till samma områden i huvudteman.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det är viktigt att försöka återge vad studierna kommit fram till korrekt och inte tolka deras resultat på ett felaktigt sätt. Detta kräver att det finns en medvetenhet om den egna förståelsen och hur den påverkar samt noggrannhet vid översättning för att grundtextens innebörd inte ska ändras.

Bedriven forskning styrs av regler och föreskrifter. Grunden för forskningsetik utgörs dock av forskarens egna etiska ansvar. En stor del av forskarens arbete utgörs därför av reflektioner (36). Under granskningen kontrollerades om artiklarna som användes i

resultatet förde etiska resonemang. Alla artiklar gjorde inte detta. Majoritet av artiklarna var dock granskade av en etisk kommitté. De artiklar som inte redogjorde för detta var publicerade i tidskrifter som har som krav att artiklarna är etiskt granskade.

RESULTAT

Analysen av artiklarna gav oss följande huvud- och subteman:

- FÖRÄNDRING AV LIVSSITUATION
- PÅVERKAN PÅ IDENTITET OCH SJÄLVBILD
 - Förändrade roller
- KROPPSLIGA FÖRÄNDRINGAR
- KÄNSLOMÄSSIGA FÖRÄNDRINGAR
- SOCIALA FÖRÄNDRINGAR
 - Relationer
 - Isolation och att vara en börda
 - Reaktionen från omgivningen

FÖRÄNDRING AV LIVSSITUATION

Personer som drabbats av stroke kände att sjukdomen påverkade alla aspekter av deras framtida liv (37). De upplevde det som att sjukdomen innebar ett skifte till ett nytt liv, att hela deras livssituation hade förändrats (38-40). Strokeöverlevarna upplevde att det inte fanns någon återvändo, att de inte kunde få tillbaka det liv de haft tidigare och att deras normala liv hade upphört (38, 39). Oavsett om patienterna fick fysiska funktionsnedsättningar efter sjukdomen upplevde de många förändringar. De fick svårigheter med sociala aktiviteter och var tvungna att förändra sin livsstil (41). Enligt Ellis-Hill et al. (38) upplevde de flesta patienterna att sjukdomen innebar en radikal förändring av deras liv. De som inte upplevde detta hade funktionsnedsättningar sedan tidigare. Enligt Donnellan et al. (41) upplevde ett fåtal personer inga stora förändringar i sina dagliga liv utan upplevde att de kunde fortsätta med det de gjort innan sjukdomen. Även om strokeöverlevarna betonade de olika sätt som deras liv hade förändrats sedan deras stroke, så rapporterade inte alla en minskad livskvalitet (42).

Majoriteten kände att framtiden som de hade föreställt sig den hade förändrats, både den närmaste framtiden och på längre sikt. För vissa var detta en svår transition och de kände att framtiden var äventyrad (43). Tidigare idéer om vem de hade hoppats bli behövde omdefinieras. De ifrågasatte vad de hade åstadkommit i sina liv. Deras nya situation kunde göra att de kände att de förlorat möjligheter i sina liv, vilket framkallade känslor av sorg då det var försent för många saker (39). För andra blev transitionen en positiv erfarenhet. Sjukdomen gjorde att de kunde fokusera mer på att vara tillsammans med sina närstående (43). Den hade ökat medvetenheten om vad som var viktigt i deras liv. Patienterna reflekterade över hur deras liv skulle utvecklas och de fokuserade på nuet och den närmaste framtiden. På samma gång fann de större nöje i det förflutna. Att vara med de närmaste var särskilt meningsfullt. Deras liv hade tagit en oönskad vändning men de var också medvetna om möjligheterna skapade av den nya situationen (39). Några kände sig lyckligt lottade över att de inte fått så många symtom efter att ha drabbats av stroke. Detta hjälpte dem att se upplevelsen som något positivt och även som en varningssignal vilket ledde till en mer hälsosam livsstil (41).

Enligt Donnellan et al. (41) önskade strokeöverlevarna att de kunde ta sig igenom situationen och acceptera sina nuvarande liv. De försökte gå vidare med sina liv och ta varje dag som den kommer. Detta kunde leda till förändrat fokus eller nya prioriteringar. Patienterna ansåg att det var viktigt att de accepterade och anpassade sig till förändringarna som sjukdomen orsakat istället för att vara frustrerade och ledsna. De var tvungna att vänja sig vid sin nya verklighet. Enligt Kitzmüller et al. (44) sörjde patienterna sina förluster. De lärde sig gradvis att acceptera sina funktionshinder och försökte integrera dem i sin självuppfattning.

Strokeöverlevarna hade svårt att acceptera förändringen av deras livssituation och de hoppades att livet skulle bli som det varit innan. När det gått en tid började de inse att livet kanske inte skulle bli som det varit innan och att förr eller senare skulle återhämtningen stanna upp (45). Patienterna återfick balansen genom att uppskatta och acceptera det som skett i deras liv, genom att erkänna de svårigheter som de stött på och genom att omdefiniera deras livs riktning och värderingar för att möta deras nuvarande verklighet (43). De försökte skapa en mening med sjukdomen i sina dagliga liv (46).

PÅVERKAN PÅ IDENTITET OCH SJÄLVBILD

Att drabbas av stroke upplevdes utmana hela individens existens (38). Förlust av kognitiv och fysisk förmåga samt psykiska begränsningar och förändringar i personlighet sågs som en svår förlust av självet eller delar av självet (47). Att leva med försämrade kroppsliga funktioner innebar en förändrad självuppfattning orsakad av förlorade roller, sociala positioner, aktiviteter och ett förändrat sätt att te sig (44). Att inte längre klara av aktiviteter och förmågor som var starkt kopplade till deras tidigare identitet upplevdes som en svår förlust. Denna förlust av självet ledde till att patienterna distanserade sig själva från deras nya jag, så att deras nya person blev främmande (47). Sjukdomen innebar en stor anpassning för strokeöverlevarna, då de var tvungna att anpassa sig till en ny självbild, nya roller och nya begränsningar (45).

Intellektuell och kognitiv sysselsättning hade varit en väsentlig del av deras identitet innan de drabbades av sjukdomen. Att inte längre kunna engagera sig i sådan sysselsättning framkallade känslor av frustration (42). Det framkallade även sorg att inte längre klara av aktiviteter som tidigare varit en del av personens identitet såsom arbete, fritidsaktiviteter och hushållssysslor (45). Genom att intressena anpassades kunde personerna behålla en aspekt av självet, även om det var i en modifierad form. Detta hjälpte dem att bevara sin identitet (42). Att drabbas av stroke kunde påverka personers könsbundna identitet. Särskilt män upplevde att deras funktionsnedsättningar påverkade deras könsbundna identitet på så sätt att de kände sig mindre maskulina (47). Män kände att deras personliga identitet var starkt länkad till deras uppfattning av deras maskulina själv. Karaktärsdrag och element av den maskulina rollen som till exempel fysisk styrka och att vara den som försörjer och beskyddar familjen hotades av sjukdomens följder (43). Personers livskvalitet påverkades inte lika mycket hos de vars identitet var mindre sammankopplad med deras fysiska eller kognitiva oberoende (42).

Kroppen och självet hade tidigare setts som omöjliga att separera från varandra. Att drabbas av stroke ledde till en känsla av att kroppen och självet hade separerats (38). Majoriteten av strokeöverlevarna upplevde även att förmågan att konstruera självet påverkades av sjukdomen, vilket hade inverkan på självbilden (46). Patienterna beskrev deras nuvarande självbild liknande eller mer negativt än deras tidigare självbild förutom att de såg sig själva som mer omhändertagande efter deras stroke. De beskrev sig själva

som att de var mindre dugliga, självständiga, i kontroll, tillfreds, intresserade, aktiva, självsäkra och av mindre värde än innan sjukdomen. De såg sig dock fortfarande som lika vänliga, lugna, omhändertagande och hoppfulla som de var innan (48). Sjukdomens inverkan på självbilden verkade variera utifrån vilken fas i livet personen befann sig (44). Enligt Rittman et al. (46) ansåg dock inte alla strokeöverlevare att deras självbild eller självkänsla förändrats till följd av sjukdomen. Dessa personer upplevde en kontinuitet i deras självbild. Kroppsliga förändringar efter stroke påverkade personens självbild och självkänsla. För många ledde oförmågan att använda den egna kroppen till en känsla av avbrott i självbilden, detta kunde göra övergången till hemmet omtumlande då de försökte återupprätta en känsla av normalitet i sina dagliga liv. Enligt Ellis-Hill et al. (48) verkade det dock inte finnas något samband mellan fysisk kapacitet och förändring av självbilden. Att reagera annorlunda eller uppfatta saker långsamt bidrog till en förändrad självbild enligt Kitzmüller et al. (44). En negativ självbild kunde väcka känslor av sorg och förtvivlan, vilket gjorde att depressiva tankar eller till och med självmordstankar uppkom. Män talade inte om deras förändrade yttre och sätt att te sig utåt sett efter sjukdomen. Kvinnors självbild skadades dock av denna förändring, särskilt om deras ansikte hade påverkats. För kvinnor medförde detta en osäkerhet om huruvida andra fortfarande skulle bry sig om dem.

Förändrade roller

Patienters roller och ansvar hotades av sjukdomen, särskilt inom områdena arbete, ekonomi, familj och socialt nätverk (37). Många var oroliga för att de inte längre klarade av att upprätthålla sina tidigare roller i familjen på grund av de funktionsnedsättningar de drabbats av. För kvinnor var det till exempel svårt att upprätthålla rollen som hemmafru. De hade svårigheter med att ta emot hjälp från andra trots att det behövdes för att de skulle klara av att upprätthålla de roller de tidigare hade haft i familjen. Många kvinnor menade att till exempel hushållsarbete var deras arbetsuppgift (49). Värderingar var kopplade till vardagliga sysslor och dessa bekräftade kvinnornas självförståelse som maka, mor, mormor, farmor och vän. Anledningen till att de kämpade för att återuppta tidigare aktiviteter och roller kunde därför förstås på flera nivåer. Utifrån ett praktiskt perspektiv handlade det om förmågan att utföra hushållssysslor. Utifrån ett existentiellt perspektiv handlade det om deras engagemang i meningsfullt arbete, som stöttade och bibehöll förståelsen av självet i signifikanta kvinnoroller (39). För de kvinnor som hade varit tvungna att sluta arbeta som följd av sjukdomen blev transitionen svårare, eftersom då gick de från att ha varit dubbelarbetande till att enbart vara hemmafruar. Det gjorde att de ökade sina krav på sig själva ytterligare vad gäller att vara bra hemmafruar (49). Förändrade eller förlorade roller i familjen var en källa till förtvivlan. Kvinnor uttryckte sorg när de inte kunde utföra sina tidigare roller som hemmafruar, mammor, mormödrar och farmödrar. Män var ledsna över att de inte kunde måla huset, reparera taket, skotta bort snön från uppfarten eller köra bil. Att förlora körkortet verkade ha en stor påverkan på mäns självkänsla (44).

KROPPSLIGA FÖRÄNDRINGAR

Sjukdomen innebar att patienter upplevde en förändrad relation till kroppen (38) och såg kroppen på ett nytt sätt (46). Avsaknaden av kontroll över kroppen och att den inte fungerade som innan gjorde att kroppen sågs som ett objekt. Patienterna separerade på självet och kroppen (38). Tidigare hade kroppen tagits för given (38, 46). Kroppsliga förändringar ledde uppmärksamhet till kroppen (39) och de skadade kroppsdelarna sågs som främmande och obekanta (44). Medvetenheten om kroppen ökade eftersom den inte längre var tyst och gjorde att kroppen kändes krånglig och opålitlig (38). Fysisk

förlust direkt relaterad till funktionella nedsättningar och svaghet påverkade oberoendet, autonomin och självkänslan då tidigare aktiviteter och sociala kontakter blev begränsade (43).

Efter att ha drabbats av stroke försökte patienterna förstå vad som hade hänt och hur de kunde få kroppen under kontroll igen. Det upplevdes frustrerande att kroppen inte gjorde som de ville (38) och att kontrollen över kroppen minskat (37). Kroppen var inte samarbetsvillig, antingen gjorde den inte som patienten ville eller så utförde den något väldigt långsamt eller med stor ansträngning (38). Deras kropp reagerade även på sätt som den inte brukade göra och de kunde inte kontrollera sina muskler (40).

Konsekvenser av sjukdomen som till exempel förlamning, spasticitet, neglekt och afasi bidrog till att kroppen kändes otillförlitlig och oförutsägbar. Oförmågan att kontrollera kroppsliga funktioner gjorde att det kändes som att kroppen agerade själv och inte gick att lita på. Den försvagade kroppen var tvungen att kontrolleras och övervakas (44).

Patienterna upplevde en förlorad kontroll över sina kroppar och deras individuella omständigheter. Förlusten av kontroll både i fysiska och sociala aktiviteter i livet framkallade en stark känsla av frustration. Detta samband mellan kontroll och frustration verkade vara starkt relaterad till de fysiska konsekvenserna av stroke (37).

Att ha förlorat kroppsliga funktioner gjorde att patienterna kände sig sårbara. Kroppen upplevdes otrygg och bräcklig (38). Sårbarheten berodde även på att de inte kände att de kunde kontrollera händelser i sin situation i lika hög utsträckning som tidigare. De var tvungna att passa in de nuvarande fysiska begränsningarna i det dagliga livets aktiviteter och kände sig osäkra vad gäller förmågan att kunna göra detta (43).

En av följderna av stroke kan vara fatigue, vilket kan orsaka utmattning utan någon speciell anledning. Denna fatigue upplevdes påverka hela deras liv (40) och var ett stort problem för många av dem som överlevt stroke (46). Minskad fysisk energi gjorde dagliga sysslor till en större börda och var en orsak till oro. Fatigue sågs som ett hot mot att normalisera sig i det dagliga livet eftersom de inte klarade av att ta hand om sina hem (39). Det utgjorde ett hinder för att kunna delta i aktiviteter (46) och gjorde att de var tvungna att avstå från att delta i viktiga händelser som till exempel ett bröllop. De kunde inte heller göra några planer för dagen (40). Att få fysisk eller kognitiv fatigue upplevdes väldigt frustrerande då det även störde deras tidigare roller i arbetet och familjelivet (44).

Enligt Kitzmüller et al. (44) gjorde förlorade funktioner att det krävdes en ständig medvetenhet om rörelser och handlingar. Det var inte längre möjligt att utföra två saker samtidigt. Kognitiva handlingar krävde fullständig koncentration. Det blev även nödvändigt att koncentrera sig på varje steg då gångfunktionen minskat. Att ha en försämrad arm var väldigt tidskrävande och tvingade de som överlevt stroke att fokusera på varje rörelse som de ville utföra. Att koncentrera sig på varje steg och varje rörelse upplevdes utmattande.

När patienterna var i andra miljöer än hemmiljön upplevde de sig otrygga och osäkra på grund av att de inte kunde röra sig på samma sätt i dessa främmande miljöer. Kroppen gav ökat kroppsligt medvetande i och med att patienterna behövde koncentrera sig mer i den främmande miljön. Det ökade även det sociala medvetandet eftersom de upplevde att det var viktigt att klara av att kontrollera sina rörelser och sitt sätt att bete sig (38).

Aktiviteter som de tidigare ägnat sig åt förlorades på grund av de kroppsliga förändringarna som de upplevde (47). De upplevde rädsla för att bli fysiskt inaktiva och att inte klara av allt de hade gjort innan de drabbades av sjukdomen (45). En intensiv önskan om att klara av basala aktiviteter såsom att klä på sig och äta själva fanns men de var oroliga över hur de skulle klara av aktiviteter som dessa i sina dagliga liv. Att lära om basala aktiviteter som de tidigare kunnat var en stor utmaning för patienterna, de kände sig dumma och klumpiga. Ibland glömde patienterna bort att de inte längre klarade av vissa saker som att ställa sig upp och gå, vilket kunde leda till att de ramlade. Dessa händelser upplevdes av en del som mycket frustrerande medan andra upplevde att det stärkte deras vilja att bli bättre och försöka igen. När patienterna kom hem igen upplevdes många av hushållsaktiviteterna som utmanande (49). Att planera och utföra aktiviteter var mer krävande än de förutsett (39). Andra hinder för aktiviteter var rädsla för att ramla och svårigheter med att ta sig någonstans (46).

Återhämtningen från stroke involverade omstrukturering och anpassning i alla aspekter av individernas liv (37). Strokeöverlevarna upplevde att det var många saker som de inte längre klarade av att göra. Detta ledde till att livet upplevdes som begränsat då friheten att göra vad de ville hade försvunnit. De kände sig tvungna att anpassa sig till ett liv med fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar och till ett liv där de var beroende av andra (45). Många patienter försökte anpassa sig till sjukdomens konsekvenser för att minimera funktionella begränsningars effekter på livskvalitén. Att finna sätt att framgångsrikt anpassa sig till sina funktionshinder för att kunna återvända till sina tidigare roller och återuppta sina aktiviteter var en viktig faktor för deras livskvalitet (42). De anpassade sig till förlusten av förmågor genom att vänja sig vid att göra saker på ett annat sätt (41).

KÄNSLOMÄSSIGA FÖRÄNDRINGAR

Att drabbas av stroke väckte många känslor såsom chock, förvirring, bitterhet, skam, skuld och sorg (49) och dess konsekvenser utlöste reaktioner av ilska, ångest, depression och förnekelse, vilket slutligen ledde till anpassning (43). Samtidigt uttryckte många känslor av hopp och en stark vilja att leva (49). Hopp var en viktig del av den känslomässiga återhämtningen de första veckorna efter insjuknandet (37). Patienterna kände hopp om att bli bättre i framtiden och fortsätta återhämta sig. De hoppades att livet skulle bli som innan de drabbades av stroke (45).

Enligt Donnellan et al. (41) var förändrad sinnesstämning ett problem för en del personer som drabbats av stroke, då de kände sig mer ledsna och mer labila än innan de drabbades av stroke. Strokeöverlevarna hade även en ökad nivå av ångest och depression jämfört med andra (48). De upplevde känslomässiga svårigheter eftersom förmågan att uttrycka känslor skadats. Det kunde till exempel handla om att gråta utan anledning (47). Denna förlust av kontroll över känslor upplevdes som betungande och ledde till reaktioner från omgivningen (44). Andra kunde uppfatta strokeöverlevarnas känslouttryckningar som olämpliga. Dessa känslomässiga förändringar upplevdes av många som mer handikappande än de kognitiva och fysiska svårigheterna som följde sjukdomen, eftersom det var ett osynligt handikapp som var svårt för personer i deras omgivning att upptäcka (47).

Strokeöverlevarna kände sig isolerade eller som om de var fast i en bur där burens väggar var deras kroppar, sjukhuset eller deras hem (37). Att de kände sig isolerade från omvärlden

var ett stort problem särskilt efter utskrivning från sjukhus (46). Detta medförde känslor av frustration och ilska. Allt väntande på hjälp och på att vänner eller familj skulle komma verkade ha en stor del i att de kände sig isolerade (37).

Enligt Kvigne et al. (49) skämdes strokeöverlevarna över sina fysiska funktionsnedsättningar, som till exempel att inte finna rätt ord under ett samtal eller att vara oförmögna att kontrollera kroppsliga funktioner. Att vistas i offentliga miljöer kunde göra patienterna generade, att äta ute kunde upplevas som en besvärande situation då funktionsnedsättningar gjorde det svårt att äta och de inte själva märkte om mat hängde ut ur munnen (46). Att drabbas av stroke ledde till en upplevelse av känslomässig sårbarhet. Hur de blev bemötta av till exempel vårdpersonal hade stor inverkan på deras upplevda känslor (49). Patienterna kände sig även sårbara eftersom det var lite som de kunde göra för att kontrollera händelserna i deras situation. Brist på information, ovisshet, brist på kontroll, att känna sig stigmatiserad och att känna sig överväldigad av den omedelbara sjukdomsupplevelsen, allt detta förstärkte känslan av sårbarhet. Att de upplevde att livet inte fungerade och att det saknade kontinuitet ledde till vanda och ångest (43).

Patienterna kände sig överväldigade och kände stor ovisshet efter att ha drabbats av stroke. Förlust av kontroll verkade vara relaterat till ovissheten gällande den omedelbara situationen och framtiden. Individerna kände sig oförberedda för situationen, de var rädda för vad som skulle hända med dem och för att de skulle dö (37). De upplevde ovisshet angående sjukdomens förlopp, som ofta associerades med ångest och nedsatt livskvalitet. Ovissheten uppkom under hela förloppet (42). Varje ny vårdtransition, särskilt utskrivningen till hemmet, gjorde att patienterna kände sig oförmögna att planera och gjorde dem osäkra angående framtiden (37). Osäkerheten handlade delvis om att de inte visste hur de skulle klara av situationen hemma (49).

Majoriteten av strokeöverlevarna var rädda för att drabbas av en ny stroke (38, 39, 41, 42, 45). En orsak till detta var att de inte förstod vad som hänt och inte kunde identifiera en orsak till varför de drabbats av stroke (38). De ville få veta exakt vad som hade orsakat deras stroke, för att kunna förhindra att en ny inträffade. Att uppleva en stroke var en chockerande erfarenhet och rädsla för återfall var närvarande för många av de som drabbats av stroke (42). Det var svårt att veta vad som var en lämplig balans mellan nödvändig träning och överdriven aktivitet, vilket triggade igång rädslor för en ny stroke (39). De visste inte om de vågade göra en aktivitet även om de var kapabla att göra det. Detta ledde till en upplevelse av ovisshet och förlust av kontroll. De hade även mött människor som drabbats av stroke som hade värre handikapp än dem och de föreställde sig att deras nästa stroke skulle vara värre (42). Reflektioner om deras hälsa, allvaret av att ha drabbats av stroke och den ökade risken att få en ny stroke väckte tankar om döden (39).

SOCIALA FÖRÄNDRINGAR

Relationer

Allvarlig sjukdom och långvariga funktionsnedsättningar kunde påverka patienternas relationer. Patienterna kämpade med att behålla sina relationer till makar, barn, barnbarn och vänner. De upplevde att relationerna förändrades efter att de hade drabbats av stroke. Det var vanligt att patienterna började omförhandla sina relationer. Detta kunde

leda till närmare eller mer ansträngda relationer (49). Balansen i familjen och det sociala nätverket var upplöst och patienterna uttryckte bekymmer och svårigheter med att omdefiniera sina bidrag till det sociala livet och familjelivet (37). Familjerelationer upplevdes bli lidande till följd av sjukdomen. Familjen ansågs ha drabbats hårdast av strokeöverlevarens frustration och ilska. Patienternas känslomässiga utbrott kunde ibland leda till minskat stöd från närstående (47). Reflektioner över deras förändrade relationer framkallade sorgsenhet (39). Sjukdomen medförde oro över att inte kunna behålla eller skapa nya (romantiska och sexuella) relationer. Strokeöverlevarena var oroade över att de synliga fysiska konsekvenserna av sjukdomen skulle hindra dem från att finna en ny partner (47).

Att bli av med jobbet innebar en förlust av ett viktigt nätverk och en förlorad tillhörighet. Förlust av nätverk och social position kunde även orsakas av att de strokeöverlevande inte klarade av aktiviteter som de tidigare klarat av (44). Detta kunde bero på att de kände sig bräckliga och hade ständiga kroppsliga krämpor (39). Patienterna upplevde att deras sociala interaktioner minskade efter sjukdomen, särskilt deras vänskapsförhållanden upplevdes påverkas negativt eftersom de blev mer socialt tillbakadragna. Det kunde till exempel bero på att de ogillade att vistas i folksamlingar, att de inte ville genera sina vänner eller att de trodde att deras vänner inte skulle förstå deras situation (47). De drog sig även ofta tillbaka från sociala miljöer för att undvika utmattning och förlorade därmed sina nätverk (44). Patienter som kände samhörighet med andra upprätthöll sociala kontakter, medan patienter som kände sig isolerade upplevde ensamhet och en känsla av att inte höra samman med andra, både fysiskt och känslomässigt. Nära relationer till familj och vänner var viktigt för att fortsätta känna samhörighet med andra efter sjukdomen. De som inte upplevde samhörighet kände sig oftare isolerade och hade färre nära relationer till närstående (46).

Enligt Kvigne et al. (49) skapade en del nya relationer efter att de drabbats av stroke, till exempel med andra strokeöverlevare eller med vårdpersonal som de träffat när de varit inlagda på sjukhus eller via stödgrupper. Patienterna påpekade värdet av att ha relationer med människor som kunde förstå deras upplevelse och som var på lika villkor. Att umgås med personer som inte drabbats av sjukdom kunde leda till känslor av utanförskap.

Isolation och att vara en börda

Efter utskrivning till hemmet var känslor av isolation ett stort problem för strokeöverlevarena. Om patienterna upplevde samhörighet med andra eller isolation var beroende av flera faktorer såsom tillgängligheten av andra, stöd från andra, interaktion med andra och samhället samt förmågan att engagera sig i nära relationer. Om patienterna hade förmåga att bidra till hemmet eller inte påverkade deras känsla av samhörighet med andra. De som kände sig isolerade upplevde inte i samma utsträckning att de kunde bidra till hemmet och därför upplevde de sig vara en börda för sina närstående. Detta ökade ytterligare deras upplevelse av att vara isolerad (46).

De strokeöverlevande uttryckte rädsla för att vara en börda för deras familjer och de längtade efter tecken från deras nära och kära som visade att de var oförändrade (39). Att vara beroende av andra för små och stora saker beskrevs som ett stort problem (44, 45) och påverkade strokeöverlevarens självuppfattning. Att inte klara av de mest elementära uppgifter som att dela maten eller gå på toaletten gjorde att de kände sig värdelösa och som en börda för andra människor (44). De kände att de ständigt behövde

be andra om hjälp och var beroende av tillsyn. Detta upplevdes som påfrestande och väckte känslor av skuld, frustration och maktlöshet. De upplevde att de var en alltför stor börda för sina närstående och att situationen hemma var ohållbar (45). Det upplevdes svårt att acceptera att inte längre ha kapaciteten att kunna försörja sig själv och sin familj och att bli tvungen att leva på bidrag (44). Att anpassa sig till att vara beroende av andra upplevdes som svårt eftersom deras högsta önskan var att åter bli självständiga. De önskade vara till nytta för andra och inte vara en börda (45).

Reaktioner från omgivningen

Att inte kunna tolka andra och inte kunna läsa av människors kroppsspråk bidrog till osäkerhet i sociala sammanhang (44). Hur människor i omgivningen bemötte strokeöverlevarna var viktigt för självkänslan och den sociala identiteten (47). Kroppen uppfattades inte som en del av en själv efter sjukdomen och denna känsla förstärktes av blickar och negativa reaktioner från andra. Att bli förbisedd eller behandlad som udda, efterbliven eller osynlig ökade lidandet (44). Brist på kunskap hos personer i deras närhet och i samhället kunde leda till missförstånd gällande deras fysiska funktionshinder (38). De synliga konsekvenserna av stroke såsom att gå annorlunda eller prata sluddrigt kunde misstolkas av människor i omgivningen, de kunde till exempel tas för alkoholpåverkade (47). Patienterna hade dessutom svårt att sätta ord på sina upplevelser efter att ha drabbats av en stroke och de upplevde inte att andra förstod vad de gick igenom. Andra människor upplevdes avfärda deras svårigheter (38).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Valet av litteraturöversikt som modell ansågs lämpligt eftersom modellen inkluderar både kvalitativa och kvantitativa artiklar, vilket ger en bredare bild av ämnet (35). I slutänden användes dock bara en kvantitativ artikel, vilket gör att en modell där endast kvalitativa artiklar används även hade varit lämplig. Kvalitativa artiklar är även lämpliga då syftet är inriktat på upplevelser (31). Den kvantitativa artikeln som inkluderades ansågs stämma bra överens med syftet och den tillförde resultatet ytterligare.

Sökorden som användes ansågs vara relevanta för syftet och gjorde att artiklarna som framkom vid sökningarna gav en övergripande bild av området som avsågs belysas. Flertalet av artiklarna som inkluderades i resultatet framkom i sökningar där olika sökordskombinationer och olika databaser använts, vilket tyder på att området har ringats in.

Genom sökningar i databaser valdes nio artiklar. Resterande fyra artiklar valdes genom en manuell sökning i referenslistorna på de artiklar som framkommit vid tidigare sökningar. Artiklarna som framkom genom manuell sökning stämde överens med syftet. Detta tyder på att sökningarna som gjordes i databaserna hade behövt justeras genom att sökord inkluderades eller exkluderades eller genom att andra kombinationer av sökord användes.

Inför artikelsökningen var det svårt att veta vilket tidsintervall som var lämpligt. När de inledande sökningarna gjordes visade det sig att det fanns ett flertal artiklar gjorda runt år 2000 som ansågs stämma överens med syftet. Att artiklarna skulle vara publicerade

från år 1998 valdes som inklusionskriterie för att inte gå miste om artiklar som kunde vara relevanta för arbetet.

Att inkludera alla svårighetsgrader av stroke i sökningen kan ha påverkat resultatet då personer som har drabbats av en lindrigare form av stroke kan uppleva övergången annorlunda än en person som drabbats av en svårare form av stroke. I många av artiklarnas resultat framgår det dock inte om de upplevelser som beskrivs är upplevda av patienter med en lindrig eller svår form av stroke.

Artiklarna som inkluderades i resultatet hade antingen hög eller medelhög kvalitet utifrån Fribergs (35) bedömningsmall. Större andelen av artiklarna hade hög kvalitet (37-40, 43-45, 47-49). Tre artiklar hade medelhög kvalitet (41, 42, 46). Dessa artiklar användes ändå i arbetet eftersom de ansågs tillföra mycket till resultatet då de stämde väl överens med syftet. Artiklar med låg kvalitet valdes bort eftersom artiklarnas resultat skulle ha kunnat påverkas av artiklarnas bristande kvalitet. När sökningen gjordes exkluderas även artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext. Detta kan ha gjort att artiklar som stämt överens med syftet och som kunnat påverka resultatet förlorats.

Analysen av artiklarna inleddes med att de upplevelser som beskrevs i artiklarna identifierades. När materialet som framkommit sedan gick igenom sorterades det in i subteman. Vid tveksamheter om vad upplevelsena berörde söktes avsnittet i artikeln upp för att försäkra att de hade förstått i sitt rätta sammanhang. En annan svårighet vid arbetet med analysen var att översätta ord eller uttryck korrekt för att innebörden inte skulle förloras. Engelska språket har större variation av ord och uttryck än svenska språket. Vid svårigheter med översättningen har det engelska ordet eller uttrycket använts under analysen för att innebörden inte skulle förloras.

Artiklarna som användes till resultatet (37-49) var från USA, Kanada, Storbritannien, Norge, Sverige och Irland. Resultatet är representativt för västvärlden. Artiklar från utvecklingsländer hade kunnat påverka resultatet, eftersom patienternas upplevelser är beroende av deras levnadsförhållanden. Det kan därför vara en fördel att artiklarna är gjorda i länder med liknande levnadsförhållanden som i Sverige. I större delen av studierna (37-39, 41-43, 45, 46, 48, 49) var medelåldern på deltagarna över 60 år. Majoriteten av deltagarna i studierna var män. I en av studierna (46) deltog 123 män och 2 kvinnor, vilket ledde till att fördelningen mellan män och kvinnor blev skev. Anledningen till att de flesta av studiens deltagare var män var att studien utfördes på sjukhus för veteraner (46). Det var olika lång tid sedan personerna som deltog i studierna drabbades av stroke. I majoriteten av studierna (37-39, 41, 43, 45, 46, 48, 49) var det mindre än två år sedan deltagarna drabbades av sjukdomen. Tre av artiklarna (42, 44, 47) inkluderade dock deltagare där tiden som gått varierade mellan 7 månader och 25 år. Detta kan ha påverkat studiernas resultat eftersom det kan vara svårt att minnas sina upplevelser efter lång tid.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med litteraturöversikten var att belysa hur patienter som drabbats av stroke upplever övergången till en ny livssituation.

Patienter som drabbats av stroke upplevde att deras livssituation förändrats (37-49). I tre av artiklarna (38, 41, 44) fanns det dock deltagare som upplevde att sjukdomen inte haft stor påverkan på deras liv. Detta berodde på deras tidigare erfarenheter i livet till

exempel att de drabbats av en svårare sjukdom (38, 44), på att deras stroke inte medfört stora konsekvenser (38) eller på att patienterna inte var medvetna om förändringar eftersom de klarat av att anpassa sig till sin nya situation på ett bra sätt (41). Sjukdomen ledde till både stora och små förändringar (4). Kim et al. (14) menar att syftet med omvårdnad främst bör vara att hjälpa personer att leva på bästa möjliga sätt oavsett om de drabbats av ett trauma, en kronisk sjukdom eller en övergående eller långvarig funktionsnedsättning. Sjuksköterskan behöver beakta patientens livssituation. Det går inte att förstå patientens liv utan att se till den situation och det sammanhang som patienten befinner sig. En översiktsartikel gjord av Pringle et al. (11) visade att sjuksköterskan behövde beakta patientens miljö. Sjukdomen ledde till ett avbrott, en separation från det dagliga livet och en i vissa fall oåterkallelig förändring av livet (11, 12). Att drabbas av stroke upplevdes som ett skifte till ett nytt liv. Strokeöverlevarna upplevde att deras normala liv upphört och att de inte kunde få tillbaka det liv de tidigare haft (38). För många innebar sjukdomen att framtiden upplevdes förändrad. De hade inte längre samma möjligheter, vilket framkallade känslor av sorg (39, 43). Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om de förändringar som patienterna upplever och de känslor som förändringarna framkallar. Patienter reagerar olika beroende på vilket skede i livet de befinner sig. Det är dock individuellt hur patienter reagerar och därför viktigt att se till individen. Sjuksköterskan behöver även ta hänsyn till hela patientens livssituation då den kan påverka och påverkas av transitionen.

I majoriteten av studierna (37-40, 42-49) framkom att sjukdomen påverkade identiteten och självbilden. De påverkades dock på olika sätt och av olika faktorer. Förlorade aktiviteter, kroppsliga förändringar, förlorade roller och förändrat sätt att se sig var faktorer som kunde påverka identitet och självbild (44, 45, 47). Detta framgick även i en översiktsartikel gjord av Salter et al. (12) som beskrev att sjukdomen påverkade identitet, självbild och roller. Patienternas självbild utmanades av de förändringar som följer en stroke. Enligt Kitzmüller et al. (44) påverkades kvinnors och mäns identitet och självbild av olika faktorer. Kvinnors identitet och självbild påverkades mer av yttre förändringar medan mäns påverkades mer av fysiska funktionsnedsättningar (43, 44, 47). Både män och kvinnor påverkades av att inte kunna upprätthålla sina tidigare roller (37, 39, 44, 49). Om patienten upplever att denne förlorat sin identitet och fått en sämre självbild kan det innebära att det blir svårare för patienten att acceptera och anpassa sig till sin nya livssituation, vilket försvårar transitionen. Sjuksköterskan behöver därför förbereda patienten genom att göra denne uppmärksam på vilka svårigheter som kan uppstå efter en stroke såsom förändringar i upplevelsen av självbilden.

Att drabbas av stroke ledde till att patienterna upplevde att deras relation till kroppen förändrades. Att inte ha kontroll över kroppen gjorde att den sågs som ett objekt och de kroppsdelar som skadats av sjukdomen upplevdes främmande (38, 44, 46). Detta stämmer överens med vad som framgick i en översiktsartikel gjord av Pringle et al. (11) som visade att funktionsnedsättningar ledde till att kroppen upplevdes passiv och som ett objekt. Baserat på vad som framkommit i resultatet kan självbilden påverkas av att patienten ser kroppen som ett objekt och detta kan påverka transitionen. Att drabbas av stroke kan även leda till många andra kroppsliga förändringar som försvårar det dagliga livet och hela patientens livssituation. Sjuksköterskan behöver hjälpa patienten att anpassa aktiviteter och miljön för att transitionen ska underlättas.

Sjukdomen kunde innebära en förändrad sinnesstämning (41, 47-49). Att inte ha kontroll över sina känslor upplevdes som betungande eftersom omgivningen kunde

missuppfatta patienten och reagera negativt på patientens känslouttryck. Dessa svårigheter var svåra för andra att upptäcka och ansågs därför ha större påverkan på deras liv än de fysiska och kognitiva konsekvenserna av sjukdomen (44, 47). Sjuksköterskan behöver ge närstående kunskap om vilka känslomässiga förändringar som kan uppstå för att öka deras förståelse för patienten och även ta hänsyn till patientens förändring av sinnesstämning.

Att drabbas av stroke påverkade relationer och kunde leda till att individens sociala interaktioner minskade (44, 47, 49). Strokeöverlevare upplevde sig ofta isolerade särskilt när de kom hem från sjukhuset (37, 46). Detta överensstämmer med en översiktsartikel gjord av Salter et al. (12). Om patienterna upplevde samhörighet med andra eller isolation påverkades av deras förmåga att bidra till hemmet. Att inte klara av detta ledde till att patienterna upplevde att de var en börda för sina närstående (46). Deras självuppfattning påverkades av att vara beroende av andra. Det upplevdes svårt att anpassa sig till att vara beroende på grund av att de ville återfå sin självständighet (44, 45). Patienten kan behöva hjälp av sjuksköterskan att finna andra sätt att bidra på för att denne inte ska känna sig som en börda för sina närstående.

Strokeöverlevarna använde sig av olika strategier för att behålla känslan av kontinuitet i livet (46). Inledningsvis såg många sin situation som något övergående. Det upplevdes inte som permanent, utan de betraktade situationen som en period av obehag som gradvis skulle försvinna (39). Om sjuksköterskan är medveten om att patienten ser sin situation som något övergående hamnar denne i en situation där alternativen är att låta patienten fortsätta tro detta eller att ge patienten en mer realistisk syn på sin situation. Att patienter ser sin situation som något övergående och tror att de kommer att bli helt friska kan öka deras motivation för att träna och fortsätta med rehabiliteringen. Det ingår även hopp. Transitionen kan dock försvåras om patienten inte börjar acceptera sin situation.

Efter ett tag utvecklade strokeöverlevarna andra strategier. Att ha en rutin och hålla sig sysselsatt upplevdes som en viktig copingstrategi, även att finna meningsfulla aktiviteter eftersom det gav patienterna en känsla av tillfredställelse och belåtenhet (41). En strategi kunde även vara att anpassa sina egna förväntningar. Att omvärdera sina personliga förmågor krävde att patienterna accepterade och anpassade sig till sina förändrade kroppar (41). Med hjälp av nya strategier och tekniska hjälpmedel beskrev patienterna hur de klarade av att anpassa sig till begränsningarna de upplevde i sina dagliga liv. Detta ledde till att de klarade av att bli mer självständiga (45). När nya copingmekanismer hade blivit etablerade och var uppfattade som lyckade kände strokeöverlevarna sig mer kapabla att göra saker även om inte funktionsförmågan var förbättrad (37). Peoples et al. (24) visade i en översiktsartikel att om patienten hade fungerande copingstrategier och därmed kunde hantera de konsekvenser som sjukdomen hade på livssituationen, hjälpte det till att öka patientens empowerment. Baserat på vad som framkommit i resultatet behöver sjuksköterskan stödja patienten i att finna fungerande rutiner och hjälpa dem att anpassa aktiviteter efter deras förmåga samt uppmärksamma vilka copingstrategier patienten använder sig av för att hantera sin situation. Detta för att sjuksköterskan lättare ska kunna stödja patienten genom att ge känslomässigt, praktiskt och informativt stöd.

Risken för en ny stroke hanterades genom att situationer som strokeöverlevarna trodde skulle öka risken för en ny stroke undveks. De ville inte återgå till en stressfull arbets-

situation, de undvek att åka utomlands och de gjorde inga planer för framtiden. Vissa av dem planerade sina liv så att de skulle vara förberedda för det värsta (40). Som sjuksköterska är det därför viktigt att försäkra sig om att patienten har kunskap om vad denne behöver tänka på efter att ha drabbats av stroke och vilka risker som finns. Sjuksköterskan behöver ge patienten en realistisk bild av riskerna för att inte patientens rädsla ska ta över. Detta för att patienten inte ska undvika till exempel aktiviteter som de finner glädje i och som därmed ökar deras livskvalitet.

Att drabbas av stroke tvingade patienterna att bearbeta sina känslor för att sedan kunna fokusera på det positiva. Detta för att upprätthålla en vilja att leva och mod att kämpa för en meningsfull fortsättning i livet. De förbättringar de gjorde, även små, gav dem mer energi och ökad vilja att fortsätta försöka. Strokeöverlevarna var beslutna om att göra det bästa av situationen (49). Framstegen som gjordes i återhämtningen gjorde att patienter fokuserade mer på de positiva aspekterna av deras liv som de kände att de hade kontroll över (37). Några ansåg att de haft tur eftersom de inte fått så svåra symtom efter sjukdomen. Detta gjorde att de lättare kunde se på upplevelsen som någonting positivt (41). Sjuksköterskan behöver vara lyhörd för om patienten vill prata om sin situation och hjälpa patienten att bearbeta sina känslor. Transitionen underlättas av att sjuksköterskan stödjer och uppmuntrar patienten att fokusera på det positiva i situationen.

Enligt Burton (37) innebar sjukdomen omstrukturering och anpassning i många aspekter av patienternas liv. Patienterna behövde anpassa sig till att leva med fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar (45). Att anpassa sig till sjukdomens konsekvenser hade betydelse för livskvaliteten (42). Roy (20) menar att anpassning avser de sätt som individer använder för att hantera sin situation och de omständigheter som denne ställs inför. Anpassningsprocessen är komplex och påverkas både av individen och av dess omgivning. Salter et al. (12) visade i en översiktsartikel att sjukdomen innebar en stor förändring i livet och att strokeöverlevaren därmed behövde anpassa sig till sin nya livssituation. Att klara av att anpassa sig och hantera sjukdomens konsekvenser ledde till att patienten kunde få tillbaka kontrollen över sitt liv (24). Salter et al. (12) visade dock även att det inte gick att anpassa sig fullt ut efter en stroke, eftersom processen försvårades av att patienten hela tiden utgick från sitt tidigare liv. Roy (20) menar ändå att individer har en stor förmåga att anpassa sig till nya förhållanden. Efter att ha drabbats av en sjukdom behöver individer dock stöd för att lättare kunna anpassa sig.

En del av strokeöverlevarna upplevde ett ökat behov av stöd, omsorg och tillsyn från andra, särskilt familjen, men de var försiktiga med att ställa krav (49). Familj och vänners stöd var viktigt i anpassningsprocessen (41). Att ha tillräckligt stöd från vänner, familj och hälso- och sjukvårdspersonal gjorde det lättare att bli självständig igen. Hjälp och stöd ökade deras självförtroende vad gäller att utföra och klara av aktiviteter (41). Patienterna upplevde att det stöd de fick av andra påverkade hur de klarade av transitionen efter stroke, det var även viktigt för livskvaliteten och återhämtningen (46). Avsaknaden av stöd eller att förlora tidigare erhållet stöd efter en stroke kunde ha negativa effekter på personens livskvalitet (42). De patienter som upplevde sig vara isolerade ansåg att de inte fick tillräckligt med stöd från närstående. Förmågan att interagera med andra och samhället påverkades av det stöd de fick av andra (46). Enligt Salter et al. (12) var sociala kontakter viktiga för personer som drabbats av stroke då de gav stöd och tröst. Stöd från omgivningen har visats ha en positiv inverkan på rehabiliteringen och livskvaliteten efter stroke (12). Sjuksköterskan behöver göra de

närstående delaktiga och ge dem kunskap för att öka deras förståelse av hur strokeöverlevaren kan uppleva transitionen. Detta för att de närstående ska kunna ge patienten det stöd som denne behöver för att lättare kunna anpassa sig till sin nya livssituation.

Strokeöverlevarna kunde uppleva en känsla av utanförskap från samhället. Att delta i stödgrupper var ett sätt att fortsätta delta i sociala aktiviteter. Stödgrupper var uppskattat av patienterna eftersom de där fick möjlighet att prata om det de hade behov av tillsammans med andra i liknande situation och som därför bättre kunde förstå deras känslor och upplevelser (47). Stöd från andra i liknande situation var viktigt för välbefinnandet (42). För de flesta av dem var stöd från jämlingar avgörande för att de skulle kunna acceptera sina funktionsnedsättningar och integrera dessa i sin nya självbild (44). Som sjuksköterska kan det vara betydelsefullt att hjälpa patienter att få kontakt med en stödgrupp och därmed möta andra i en liknande situation. Transitionen kan underlättas av att patienten upplever välbefinnande, kan acceptera sina förändringar och integrera dem i sin nya självbild. Om patienter får möjlighet att möta andra i liknande situation och dela liknande erfarenheter, känslor och funderingar kan det ge patienter en känsla av samhörighet och underlätta anpassningen till den nya livssituationen.

Hälso- och sjukvården och dess resurser identifierades av strokeöverlevarna som viktig för att förbättra deras livskvalitet. Vårdpersonalen hjälpte dem att anpassa sig till sin nya situation genom att de ökade strokeöverlevarnas förmåga att medverka i anpassningsprocessen. Personalen hjälpte dem genom att tillhandahålla hjälpmedel och ge dem uppmuntran (42). Strokeöverlevarna upplevde att de behövde information och utbildning om sjukdomen för att underlätta anpassningen till de negativa konsekvenser som sjukdomen gav (41). Det har framkommit i en översiktsartikel gjord av Pringle et al. (11) att strokeöverlevarna behövde stöd i att acceptera och anpassa sig till sin nya livssituation. Att ställa diagnos och behandla tillstånd och svårigheter bör inte vara ändamålet i sig självt, utan det bör vara inriktat mot att stödja och hjälpa patienter att finna sätt att leva med sina upplevelser (14). Patienterna ansåg att vårdpersonalen fokuserade för mycket på fysiska behov och att det fanns ett behov av individuell anpassad information för att de skulle kunna vara delaktiga i sin vård (24). Baserat på vad som framkommit i resultatet behöver sjuksköterskan ha ett holistiskt synsätt och se till hela individen för att kunna hjälpa patienten i övergången till den nya livssituationen. Sjuksköterskan behöver arbeta personcentrerat och utgå från patientens situation då information ges. Inför patientens hemgång är det särskilt viktigt att sjuksköterskan stöttar och förbereder patienten, eftersom hemgången innebär en stor omställning och utmaning.

KLINISK IMPLIKATION

Strokeöverlevarna upplevde det som att hela deras livssituation ändrats. Hur de upplevde övergången berodde på faktorer som kroppsliga, känslomässiga och sociala förändringar och påverkan på identitet och självbild. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om vilka förändringar som patienten upplever och hur livssituationen har påverkats. Sjuksköterskan behöver ge patienten det stöd som denne har behov av, för att underlätta patientens anpassning och övergång till en ny livssituation. Genom denna litteraturstudie har följande framkommit:

- Sjuksköterskan behöver förbereda patienten genom att göra denne uppmärksam på vilka svårigheter som kan uppstå efter en stroke såsom förändringar i självbilden.
- Sjuksköterskan behöver stödja patienten i att finna fungerande rutiner och hjälpa patienten att anpassa aktiviteter och miljön utifrån sina förutsättningar.
- Sjuksköterskan behöver vara lyhörd för om patienten vill prata om sin situation och hjälpa patienten att bearbeta sina känslor. Att uppmuntra och stödja patienten underlättar transitionen.
- Som sjuksköterska kan det vara betydelsefullt att hjälpa patienter att få kontakt med en stödgrupp och därmed möta andra i en liknande situation.
- Sjuksköterskan behöver göra de närstående delaktiga, ge dem kunskap för att öka deras förståelse av hur strokeöverlevaren kan uppleva transitionen. Detta för att de närstående ska kunna ge patienten det stöd som denne behöver för att lättare kunna anpassa sig till sin nya livssituation.

Denna litteraturstudie har synliggjort att det vore relevant för sjuksköterskeutbildningen att lyfta fram begreppet transition ytterligare, hur transitionen kan upplevas av patienter som drabbats av stroke och hur sjuksköterskan kan stödja patienter som genomgår en transition.

Litteraturstudien har väckt funderingar som resulterat i följande forskningsfrågor: Finns ett samband mellan strokeöverlevares upplevda livskvalitet och deras grad av funktionsnedsättning? Hur påverkar olika former av stöd upplevelsen av transitionen för strokeöverlevare?

REFERENSER

1. Årsrapport: Rapport från Riks-Stroke 2011. Umeå: Riks-Stroke; 2012.
2. Terent A. Epidemiologi och incidens av stroke i Sverige. I: Mätzsch T, Gottsäter A (red.). Stroke och cerebrovaskulär sjukdom. Lund: Studentlitteratur; 2007, s. 13-22.
3. Jönsson A-C. Stroke - en folksjukdom. I: Jönsson A-C (red.). Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2012, s. 25-35.
4. Boken om stroke: kvalitet i alla led. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
5. Ericson E, Ericson T. Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling. Lund: Studentlitteratur; 2012.
6. Johnson RA. Helping Older Adults Adjust to Relocation: Nursing Interventions and Issues. I: Swanson EA, Tripp-Reimer T (red.). Life transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals. New York: Springer Publishing Company; 1999, s. 52-72.
7. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 1994;42(6):255-9.
8. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 1994;26(2):119-27.
9. Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. Helping Elderly Persons in Transitions: A Framework for Research and Practice. I: Swanson EA, Tripp-Reimer T (red.). Life transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals. New York: Springer Publishing Company; 1999, s. 1-26.
10. Ternestedt B-M, Norberg A. Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I: Friberg F, Öhlén J, Edberg A-K, Castoriano M (red.). Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009, s. 29-65.
11. Pringle J, Hendry C, McLafferty E. A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(18):2384-97.
12. Salter K, Hellings C, Foley N, Teasell R. The experience of living with stroke: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008;40(8):595-602.
13. Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. Vård: ett uttryck för omsorg. Stockholm: Liber; 1996.
14. Kim HS, Rawnsley MM. An Integrative Framework for Conceptualizing Clients: A Proposal for a Nursing Perspective in the New Century. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(1):37-44.
15. Ottosson J-O. Identitet. Malmö: Nationalencyklopedin; [hämtad: 2013-03-26]. Tillgänglig från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/identitet/209858>.
16. Hummelvoll JK. Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
17. McLean KC. Stories of the young and the old: personal continuity and narrative identity. *Developmental psychology*. 2008;44(1):254-64.
18. Birkler J. Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn. Stockholm: Liber; 2007.
19. Henriksen J-O, Vetlesen AJ. Etik i arbete med människor. Lund: Studentlitteratur; 2001.
20. Roy C. The Roy adaptation model. New Jersey: Pearson; 2009.
21. Anpassning. Malmö: Nationalencyklopedin; [hämtad: 2013-03-26]. Tillgänglig från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/anpassning/115350>.

22. Luhmann M, Hofmann W, Eid M, Lucas RE. Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2012;102(3):592-615.
23. Groot W. Adaptation and scale of reference bias in self-assessments of quality of life. *Journal of Health Economics*. 2000;19(3):403-20.
24. Peoples H, Satink T, Steultjens E. Stroke survivors' experiences of rehabilitation: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2011;18(3):163-71.
25. Coping. Malmö: Nationalencyklopedin; [hämtad: 2013-03-26]. Tillgänglig från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/coping>.
26. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*. 1993;55(3):234-47.
27. Reitan AM. Kris och coping. I: Reitan AM, Schølberg TK, Jones L (red.). *Onkologisk omvårdnad : patient, problem, åtgärd*. Stockholm: Liber; 2003, s. 45-62.
28. Helgeson VS. Social support and quality of life. *Quality of Life Research*. 2003;12(1):25-31.
29. King G, Willoughby C, Specht JA, Brown E. Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. *Qualitative Health Research*. 2006;16(7):902-25.
30. Finfgeld-Connett D. Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;37(1):4-9.
31. Segesten K. Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I: Friberg F (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2012, s. 97-100.
32. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur; 2011.
33. Scopus. Göteborg: Göteborgs universitet; [hämtad: 2012-04-02]. Tillgänglig från: <http://www.ub.gu.se/sok/db/show.xml?id=12296561>.
34. Östlundh L. Informationssökning. I: Friberg F (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2012, s. 57-79.
35. Friberg F. Att göra en litteraturöversikt. I: Friberg F (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2012, s. 133-43.
36. Olsson H, Sörensen S. *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber; 2011.
37. Burton CR. Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(2):301-9.
38. Ellis-Hill CS, Payne S, Ward C. Self-body split: issues of identity in physical recovery following a stroke. *Disability & Rehabilitation*. 2000;22(16):725-33.
39. Eilertsen G, Kirkevold M, Bjørk IT. Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(13-14):2004-13.
40. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke -- from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17(3):215-22.
41. Donnellan C, Martins A, Conlon A, Coughlan T, O'Neill D, Collins DR. Mapping patients' experiences after stroke onto a patient-focused intervention framework. *Disability & Rehabilitation*. 2013;35(6):483-91.

42. Clarke P, Black SE. Quality of life following stroke: negotiating disability, identity, and resources. *Journal of Applied Gerontology*. 2005;24(4):319-36.
43. Green TL, King KM. Experiences of male patients and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: a descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(9):1194-200.
44. Kitzmüller G, Häggström T, Asplund K. Living an unfamiliar body: The significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2013;16(1):19-29.
45. Wottrich AW, Åström K, Löfgren M. On parallel tracks: newly home from hospital-people with stroke describe their expectations. *Disability & Rehabilitation*. 2012;34(14):1218-24.
46. Rittman M, Boylstein C, Hinojosa R, Hinojosa MS, Haun J. Transition experiences of stroke survivors following discharge home. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2007;14(2):21-31.
47. Murray CD, Harrison B. The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disability & Rehabilitation*. 2004;26(13):808-16.
48. Ellis-Hill CS, Horn S. Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2000;14(3):279-87.
49. Kvigne K, Kirkevold M, Gjengedal E. Fighting back -- struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health Care for Women International*. 2004;25(4):370-87.

BILAGOR

BILAGA 1 - SÖKPROTOKOLL

Databas	Datum	Sökord	Limiters	Antal träffar	Antal valda Urval 1	Antal använda Urval 2
Cinahl			Peer reviewed Published date from: 19980101- 20131231			
	19/3	stroke AND transition* AND experience*	All adult	33	8	2 (39, 46)
		stroke (in title) AND experience* AND patient* AND adapt* AND life		40	7	1(45)
		stroke (in title) AND experience* AND patient* AND adapt* AND (change* OR transition*)		32	3	1(43)
	20/3	stroke (in title) AND experience* AND rehabilitation AND (identity OR self) AND (change* OR adapt*)		30	2	1(41)
Scopus	20/3		Pubyear > 1997 Article			
		stroke AND experience* AND (adapt* OR change*) AND identity		17	3	1 (38)
		stroke (in title) AND (adapt* OR change*) AND identity		31	3	3 (42, 44, 48)

Manuell sökning i artiklars referens-listor	Datum	Artikel			Antal valda Urval 1	Antal använda Urval 2
	21/3	Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women			3	2 (37, 49)
		The experience of living with stroke: a qualitative meta synthesis			1	1 (47)
		On parallel tracks: newly home from hospital – people with stroke describe their expectations			1	1 (40)
Totalt					32	13

BILAGA 2 - ARTIKELÖVERSIKT

Titel: **Living with stroke: a phenomenological study (37).**
Författare: Burton CR.
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.
Årtal: 2000.
Land: Storbritannien.
Syfte: Att identifiera de levda erfarenheterna av återhämtning efter stroke utifrån patienters perspektiv. Specifikt de problem och teman identifierade av patienter för att beskriva deras egen återhämtning över tid eftersöktes.
Metod: Fenomenologisk studie. Individuella intervjuer. 8-15 intervjuer per deltagare, i snitt 35 minuter långa intervjuer. Principerna från Grounded theory användes för att få fram och klargöra innebörden från intervjuavskrifterna.
Urval: 8 personer tillfrågades, 6 personer deltog; 2 män, 4 kvinnor. Ålder: 78-81 år (män), 52-68 år (kvinnor).
Referenser: 36.

Titel: **Self-body split: issues of identity in physical recovery following a stroke (38).**
Författare: Ellis-Hill CS, Payne S, Ward C.
Tidskrift: Disability and Rehabilitation.
Årtal: 2000.
Land: Storbritannien.
Syfte: Att undersöka strokedrabbade personers livsberättelser för att skapa förståelse för hur de skapade en mening med sin stroke och identifiera de största problemen dessa personer stod inför.
Metod: Deltagarna ingick i en större studie. Narrativa intervjuer gjordes. Deltagarna intervjuades på sjukhuset, samt 6 månader och 1 år efter utskrivning. Intervjuerna varade 30-120 minuter.
Urval: 8 patienter deltog; 5 män och 3 kvinnor. Ålder: 52-82 år.
Referenser: 44.

Titel: **Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women (39).**
Författare: Eilertsen G, Kirkevold M, Torunn Bjørk I.
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing.
Årtal: 2010.
Land: Norge.
Syfte: Att belysa äldre kvinnors upplevelser av återhämtningsprocessen efter en stroke och karaktären av dem.
Metod: En longitudinell studie. Kvalitativa djupintervjuer. Deltagarna intervjuades 12-14 gånger under de två närmaste åren efter stroke. Intervjuerna varade 30-65 minuter.
Urval: 6 patienter deltog, samtliga kvinnor. Ålder: 68-83 år.

Referenser: 47.

Titel: The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives (40).
Författare: Bendz M.
Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences.
Årtal: 2003.
Land: Sverige.
Syfte: Att belysa de olika sätt som en grupp människor som drabbats av stroke och deras sjukvårdspersonal uppfattar innebörden av att ha fått en stroke.
Metod: En fenomenologisk studie. Individuella intervjuer genomfördes 3, 6 och 12 månader efter intagning. Data bestod även av journaler.
Urval: 18 patienter uppfyllde inklusionskriterierna. 15 patienter deltog; 6 kvinnor och 9 män. Ålder: Under 65 år.
Referenser: 27.

Titel: Mapping patients' experiences after stroke onto a patient-focused intervention framework (41).
Författare: Donnellan C, Martins A, Conlon A, Coughlan T, O'Neill D, Collins DR.
Tidskrift: Disability and Rehabilitation.
Årtal: 2013.
Land: Irland.
Syfte: Att tolka förklaringar som patienter ger av deras upplevelse efter stroke och hur dessa förklaringar kan belysa patientcentrerade interventioner utifrån ett fysiskt och psykosocialt perspektiv i storkerehabiliteringen. Identifiera om upplevelsen liknar några av de områden som finns med i den patientcentrade interventionsstrukturen QQUIP utvecklad av Health Foundation i Storbritannien.
Metod: Deltagarna intervjuades 3-6 månader efter utskrivning. Semi-strukturerade djupintervjuer. Kvalitativ innehållsanalys.
Urval: 8 patienter deltog; 6 män och 2 kvinnor. Ålder: 52-76 år (män), 68-83 år (kvinnor).
Referenser: 21.

Titel: Quality of Life Following Stroke: Negotiating Disability, Identity, and Resources (42).
Författare: Clarke P, Black SE.
Tidskrift: The Journal of Applied Gerontology.
Årtal: 2005.
Land: Kanada.
Syfte: Att undersöka de komplexa faktorer som påverkar den subjektiva livskvaliteten efter en stroke hos äldre vuxna i eget boende.
Metod: Kvalitativa intervjuer. Fokusintervjuer 60-150 minuter. Använde sig av upptäckter från en kvantitativ studie.
Urval: 8 deltagare intervjuades; 3 män, 5 kvinnor. Ålder: 60-81 år (män), 62-76 år (kvinnor). Det var 7 månader till 9 år sedan deltagarna drabbades av stroke. 339 deltog i den kvantitativa studien. Ålder: Över 65 år.

Referenser: 37.

Titel: Experiences of male patients and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: A descriptive qualitative study (43).
Författare: Green TL, King KM.
Tidskrift: International Journal of Nursing Studies.
Årtal: 2009.
Land: Kanada.
Syfte: Att undersöka vilka faktorer som uppfattades påverka patienters livskvalitet och fruars/anhörigvårdares belastning under 12 månader efter en lindrig stroke.
Metod: Semistrukturerade individuella telefonintervjuer gjordes med deltagarna 1, 2, 3, 6 och 12 månader efter att de blivit utskrivna från sjukhuset. Intervjuerna varade 45-60 minuter. Kvalitativ innehållsanalys.
Urval: 26 gifta par deltog. Ålder: 39-83 år (patienter), 33-75 år (fruar).
Referenser: 38.

Titel: Living an unfamiliar body: the significance of the long term influence of bodily changes on the perception of self after stroke (44).
Författare: Kitzmüller G, Häggström T, Asplund K.
Tidskrift: Medicine Health Care and Philosophy.
Årtal: 2013.
Land: Norge.
Syfte: Att belysa betydelsen av den långsiktiga påverkan av kroppsliga förändringar på uppfattningen av jaget efter stroke.
Metod: En fenomenologisk och hermeneutisk studie. Narrativa intervjuer. 17 deltagare intervjuades individuellt, 6 deltagare intervjuades tillsammans med sin partner. Intervjuerna varade 60-210 minuter.
Urval: 23 deltagare; 9 kvinnor, 14 män. Ålder: 32-68 år. Det var 3-25 år sedan deltagarna drabbades av stroke.
Referenser: 45.

Titel: On parallel tracks: newly home from hospital – people with stroke describe their expectations (45).
Författare: Wohlin Wottrich A, Åström K, Löfgren M.
Tidskrift: Disability & Rehabilitation.
Årtal: 2012.
Land: Sverige.
Syfte: Att undersöka hur personer som har drabbats av stroke beskriver de förväntningar de har inför hemgång och hur dessa förväntningar möttes vid utskrivning från rehabiliteringskliniken och under deras tre första månader hemma.
Metod: Semistrukturerade intervjuer gjordes med deltagarna på sjukhuset under veckan innan utskrivning samt i hemmet 13-30 dagar och 3-4 månader efter utskrivning. Intervjuerna varade 30-75 minuter och analyserades med innehållsanalys.
Urval: 6 personer tillfrågades, 5 personer deltog; 3 män och 2 kvinnor. Ålder: 54-70 år (män), 44-57 år (kvinnor).

Referenser: 33.

Titel: Transition Experiences of Stroke Survivors Following Discharge Home (46).
Författare: Rittman M, Boylstein C, Hinojosa R, Hinojosa MS, Haun J.
Tidskrift: Topics in Stroke Rehabilitation.
Årtal: 2007.
Land: USA.
Syfte: Att beskriva tre områden av psykosociala upplevelser som strokeöverlevande har upplevt under den första månaden efter utskrivning då de drabbats av en akut stroke.
Metod: Data hämtades från en longitudinell studie. Intervjuerna skedde 1 månad efter utskrivning. Semi-strukturerade djupintervjuer. Även kvantitativ data användes i form av frågeformulär för att jämföra status vid utskrivning och efter en månad.
Urval: 125 patienter deltog; 123 män och 2 kvinnor. Ålder: 40-93 år.
Referenser: 41.

Titel: The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretive phenomenological analysis (47).
Författare: Murray CD, Harrison B.
Tidskrift: Disability and Rehabilitation.
Årtal: 2004.
Land: Storbritannien.
Syfte: Att undersöka innebörden och upplevelsen av att vara en strokeöverlevare.
Metod: Kvalitativa semistrukturerade djupintervjuer genomfördes med deltagarna antingen i deltagarnas hem eller via epost. De muntliga intervjuerna varade 50-90 minuter. Intervjuerna analyserades genom tolkande fenomenologisk analys.
Urval: 10 deltagare; 4 män och 6 kvinnor. Ålder: 42-81 år (män), 38-55 år (kvinnor). Det var 4-20 år sedan deltagarna drabbades av stroke.
Referenser: 34.

Titel: Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke (48).
Författare: Ellis-Hill CS, Horn S.
Tidskrift: Clinical rehabilitation.
Årtal: 2000.
Land: Storbritannien.
Syfte: Att fastställa huruvida deltagarna upplevde en förändring i identitet efter att ha drabbats av en stroke.
Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie. Frågeformulär användes.
Urval: 52 patienter deltog (26 i varje grupp); 32 män och 20 kvinnor. Ålder: 50-83 år (patienter), 52-82 (kontrollgrupp). Patienterna hade varit hemma från sjukhuset upp till 25 månader.
Referenser: 29.

Titel: **Fighting back – struggling to continue life and preserve the self following a stroke (49).**

Författare: Kvigne K, Kirkevold M, Gjengedal E.

Tidskrift: Health Care for Woman International.

Årtal: 2004.

Land: Norge.

Syfte: Att undersöka hur kvinnor som drabbats av stroke upplever sina liv efter stroke och hur de hanterar sin förändrade situation.

Metod: En longitudinell fenomenologisk studie. Semistrukturerade djupintervjuer gjordes med deltagarna på sjukhuset under de första sex veckorna efter insjuknandet, samt sex månader och ett år efter utskrivning.

Urval: 25 patienter deltog från början och 20 patienter slutförde studien, samtliga var kvinnor. Ålder: 37-78 år.

Referenser: 53.
