

Upplevelser av att insjukna i stroke

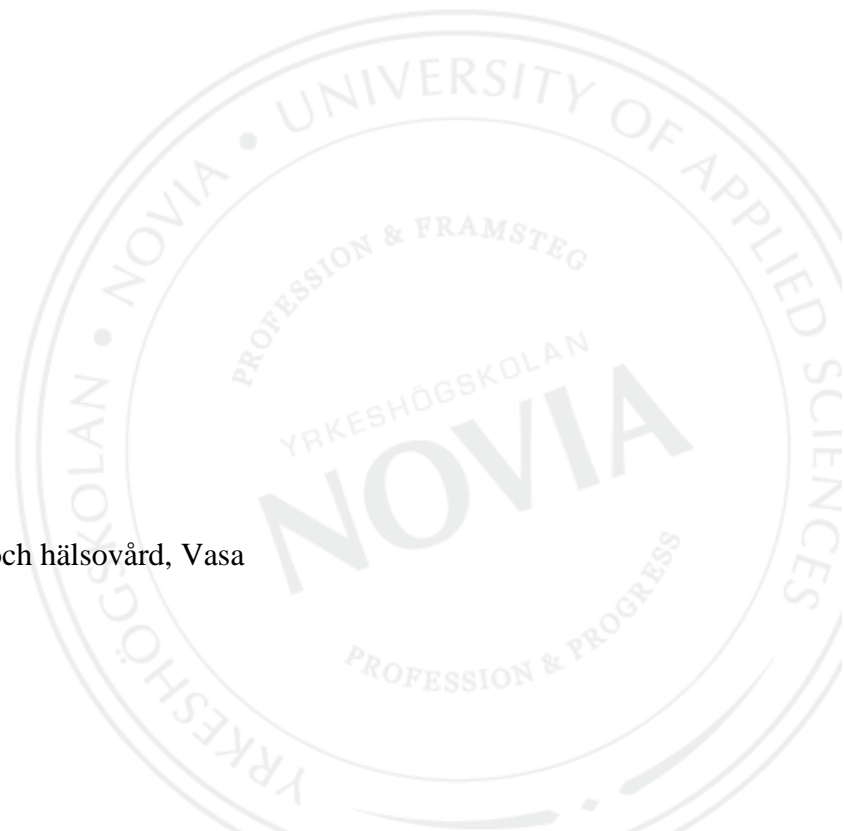
En kvalitativ studie om patienters upplevelser av stroke och livet efteråt

Jenny Nyfors

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa / 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Jenny Nyfors
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa
Handledare: Lena Sanden-Eriksson, Ann-Louise Glasberg

Titel: Upplevelser av stroke – en kvalitativ studie om patienters upplevelser av stroke och livet efteråt

Datum: Oktober 2016 Sidantal: 30 Bilagor: 0

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att beskriva hur patienter upplever stroke för att få en större inblick i hur det verkligen är att drabbas av en stroke. Många som drabbas av stroke kan få kvarstående följder för resten av livet vilket kan påverka livssituationen på många olika sätt. Frågeställningen i detta examensarbete är: Hur påverkar insjuknandet i stroke det dagliga livet?

Skribenten använder sig av Dorothea Orems teori om egenvård som teoretisk utgångspunkt. Studien är en kvalitativ litteraturstudie, där skribenten analyserar 12 berättelser där patienters personliga upplevelser står i fokus. Berättelserna analyserades med hjälp av innehållsanalys. Därefter har materialet tolkats utgående från den teoretiska utgångspunkten och bakgrunden. I resultatet framkom tre olika huvudkategorier: fysiska och kognitiva förändringar, emotionella konsekvenser och sociala förändringar.

Språk: Svenska Nyckelord: egenvård, stroke, rehabilitering, upplevelser

BACHELOR'S THESIS

Author: Jenny Nyfors
Education and place: Nurse, Vaasa
Supervisor: Lena Sanden-Eriksson, Ann-Louise Glasberg

Title: Experiences of stroke – a qualitative study of patients' experiences of stroke and life afterwards

Date: October, 2016 Number of page: 30 Appendices: 0

Summary

The purpose of this study is to describe patients experience of stroke to get a deeper insight into what it really is to suffer a stroke. Many people who suffer a stroke can have permanent consequences for life which can affect the life situation in many different ways. The question for this study is: How does the onset in stroke affect the daily life?

The author uses Dorothea Orem's theory of self-care to the theoretical basis and this study is a qualitative literature study, where the author analyzes 12 stories in which patients' personal experiences are in focus. The analysis is done using qualitative content analysis. Then, the material has been interpreted using the theoretical basis and background. The results show three main categories: physical and cognitive changes, emotional consequences and social changes.

Language: Swedish Key words: self-care, stroke, rehabilitation, experiences

Innehållsförteckning

1.	Inledning.....	1
2.	Syfte och frågeställningar.....	2
3.	Teoretisk utgångspunkt.....	2
3.1	Teorin om egenvård.....	2
3.2	Teorin om egenvårdsbrist.....	3
3.3	Teorin om omvårdnadssystem.....	4
4.	Bakgrund.....	5
4.1	Risikfaktorer för stroke.....	5
4.2	Symtom.....	6
4.3	Olika typer av stroke.....	6
4.4	Utredningen av stroke.....	7
4.5	Behandling.....	8
4.6	Eftervård.....	9
4.7	Funktionsnedsättningar efter stroke.....	10
4.7.1	Synliga funktionsnedsättningar.....	10
4.7.2	Dolda funktionsnedsättningar.....	11
4.8	Livet efter stroke.....	12
5.	Metod.....	13
5.1	Kvalitativ metod.....	13
5.2	Datainsamling.....	13
5.3	Innehållsanalys.....	14
6.	Resultat.....	14
6.1	Beskrivning av personerna bakom berättelserna.....	15
6.2	Fysiska och kognitiva förändringar.....	18
6.3	Emotionella konsekvenser.....	20
6.4	Sociala förändringar.....	21
7.	Tolkning.....	22
7.1	Fysiska och kognitiva förändringar.....	23
7.2	Emotionella konsekvenser.....	24
7.3	Sociala förändringar.....	25
8.	Kritisk granskning.....	26
8.1	Intern logik.....	26
8.2	Konsistens.....	26
8.3	Struktur.....	27
9.	Diskussion.....	27
	Källförteckning.....	29

1. Inledning

Stroke hör till en av de största folksjukdomarna, (Gottberg, 2016, 47) och i Finland är stroke den vanligaste orsaken till permanent invalidisering (Koivula, 2010). Det är även den fjärde vanligaste dödsorsaken efter cancer och demens, det orsakar 8% av dödsfallen bland män och 12% bland kvinnor. (Käypähoito, 2016)

Mera än hälften av de som insjuknar i stroke är personer som är över 75 år och i Finland finns mera kvinnor än män i den åldersgruppen. Man är rädd för att antalet hjärninfarktpatienter kommer att öka om inte förebyggandet lyckas bättre än nu eftersom att risken att drabbas av cirkulationsstörningar i hjärnan ökar kraftigt med åldern och befolkningen åldras hela tiden. (Finska läkarföreningen Duodecim, 2016)

En av sex personer insjuknar i stroke under sin livstid. Runtom i världen , insjuknar någon med akut stroke varannan sekund och var sjätte sekund dör någon av det. (Käypähoito, 2016) Insjuknandet kommer oftast som en överraskning och varje år drabbas 14 000 människor i Finland av stroke (Koivula, 2010). Därför har det valts att beskriva begreppet stroke i detta examensarbete samt belysa hur patienter som insjuknat i stroke har upplevt det för att få en bättre bild av hur vården skall bedrivas för patientens bästa.

När någon insjuknar i stroke uppstår många behov som samtliga kräver resurser. Sjukdomen orsakar alltså stora kostnader, både för den insjuknade och för samhället. Sjukvården kan få kostnader i form av ambulans, slutenvård, läkemedel, rehabilitering och återbesök. Man beräknar att deras behov av vård och omsorg under det första året kostar för samhället, men många insjuknade behöver fortsatt hjälp resten av livet. Möjligheterna för de insjuknade att fortsätta arbeta påverkas också, detta innebär ett produktionsbortfall. (Hjärt-lungfonden,2009)

De personliga upplevelserna inom stroke är ett ämne som inte forskats mycket om ännu. Genom en djupare förståelse för de personliga upplevelserna kan kanske relationerna och kommunikationen mellan vårdare, patienter och anhöriga förbättras ännu mera. Det kan också vara en värdefull kunskap för att kunna ge en så anpassad vård som möjligt.

Det är bra också för allmänheten att känna till symtomen för stroke, samt att veta vad man skall göra om man möter någon som man misstänker har stroke, eftersom att det är viktigt att man får vård så fort som möjligt. (Röda korset, 2016)

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att genom en litteraturstudie beskriva hur patienter upplever att insjukna i stroke och hur det påverkar det dagliga livet. Detta görs för att man skall få en bättre bild av hur patienter upplever stroke så att alla kan vara mera delaktiga i vården och få mera kunskap om sjukdomen. Många som drabbas av stroke kan få kvarstående följder, vilket kan påverka deras livssituation på många olika sätt.

Stroke är en mycket vanlig sjukdom, vilket gör att det är viktigt att sjukskötaren har god kunskap inom området när man möter patienter som insjuknat i stroke så att de skall få bästa möjliga vård. Frågeställningen som kommer att användas i detta examensarbete är:

- Hur påverkar insjuknandet i stroke det dagliga livet?

3. Teoretisk utgångspunkt

I Dorothea Orems egenvårdsmodell ingår tre olika delteorier. Teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem. Huvudsyftet med modellen är att människor har både motivationen och förmågan som krävs för att genomföra en målinriktad handling med syftet att bevara och främja sin egen hälsa, förebygga sjukdomar samt att utföra åtgärder som hindrar uppkomsten av sjukdomar. Emellanåt kanske inte individen själv klarar av att utföra dessa handlingar, och behöver då hjälp av en annan människan som kan hjälpa till att främja hälsa, liv och välbefinnande. Detta bör ske på en sådant sätt att individen själv eller hans anhöriga får hjälp att återvinna sin egenvård så långt som möjligt. (Kirkevold, 2000, 159)

3.1 Teorin om egenvård

Denna teori är uppbyggd kring tre begrepp: egenvård, egenvårdsbehov och egenvårdskrav.

Egenvård enligt Orem är sådana aktiviteter som individen själv utför och tar initiativ till, för sin egen skull, med syftet att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande samt att tillgodose de egna egenvårdsbehoven. Dessa aktiviteter görs i en skild ordningsföljd och enligt ett mönster. Man brukar dela upp egenvården i tre olika faser: värderingsfas, planeringsfas och genomförandefas. *Värderingsfasen* går ut på att man klargör vilka nödvändiga handlingar

som behövs för att justera kroppens struktur och funktion för att uppnå hälsa och välbefinnande. I *planeringsfasen* planerar man hur man borde genomföra handlingarna systematiskt och kontinuerligt som man kommit fram till. I den sista fasen, *genomförandefasen*, genomför man dessa handlingar som man planerat att göra. Dessa tre faser kommer tillsammans att bilda en handlingsprocess som är målinriktad.

Egenvårdsbehov kan definieras som insikter om handlingar som är nödvändiga för justeringen av individens funktion och utveckling som människa. Detta delas upp i tre olika kategorier: universella behov, utvecklingsmässiga behov och hälsorelaterade behov. De *universella behoven* handlar om antaganden att individen själv måste genomföra vissa åtgärder (egenvård) för att bevara sin mänskliga funktion. De *utvecklingsmässiga behoven* handlar om antaganden att individens utveckling pågår från att man föds till att man dör, och att det finns specifika faktorer som bidrar till denna utveckling. Till sist de *hälsorelaterade behoven*, dessa finns hos de personer som genomgår procedurer och behandlingar på grund av sjukdom, skador eller andra tillstånd.

Egenvårdskrav handlar om de egenvårdsaktiviteter som man måste utföra för att tillfredsställa individens universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehov, samt de behov som relateras till hälsoproblem. Man kan beräkna individens egenvårdskrav genom att identifiera fyra saker: de existerande egenvårdsbehoven, förhållandet mellan de olika egenvårdsbehoven, faktorer som kan inverka på hur behoven tillgodoses samt vilka metoder som krävs för att tillgodose behoven. (Kirkevold, 2000, 149-152)

3.2 Teorin om egenvårdsbrist

Denna teori består av en beskrivning av varför en individ kommer i behov av vård, individen är själv inte i sådant skick att man kan utföra en egenvård som tillgodoser alla egenvårdsbehov. Det uppstår alltså en egenvårdsbrist och då måste andra överta ansvaret för personens egenvård. Teorin är uppbyggd kring två begrepp: egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsning.

Egenvårdskapaciteten handlar om en inlärld förmåga att kunna tillgodose de egna behoven av vård som justerar livsprocesser, upprätthåller individens strukturella och funktionella utveckling och integritet samt främjar välbefinnande. Egenvårdskapaciteten går ut på att individen skall kunna tolka sina egenvårdsbehov och planera vården som behövs. För att kunna göra detta behövs kunskaper, motivation och praktiska och mentala färdigheter.

Denna kapacitet varierar utgåenden från olika faktorer, t.ex. individens ålder, kunskaper, utbildning, hälsotillstånd och resurser. Egenvården är alltså beroende av individens olika egenskaper, och egenvårdskapaciteten utvecklas genom att utföra egenvård i vardagslivet också med hjälp av andras instruktioner.

Egenvårdsbegränsningen innebär att individen har begränsningar i egenvårdskapaciteten. Orem delar upp begränsningarna i tre olika typer: begränsande kunskaper, begränsad förmåga att bedöma och fatta beslut och den sista, begränsad förmåga att utföra handlingar som ger resultat. (Kirkevold, 2000, 152-153)

3.3 Teorin om omvårdnadssystem

Denna teori handlar om antaganden och kännetecken på hjälpsituationer och den delas in i tre olika begrepp: omvårdnadskapacitet, hjälpmetoder och olika omvårdnadssystem.

Omvårdnadskapacitet handlar om de attityder, kunskaper, färdigheter och egenskaper som behövs för att tillämpa omvårdnad och Orem menar att detta är en förmåga som kräver speciell utbildning. Omvårdnadskapaciteten motsvarar egenvårdskapaciteten, skillnaden är vem som är föremålet för åtgärderna. I det ena fallet är man själv och det andra en annan hjälpbehövande individ. För att kunna utföra omvårdnadskapacitet är vilja, motivation, konst och praktiska färdigheter viktiga komponenter.

Hjälpmetoder används av alla professionella hjälpare, t.ex. sjuksköterskor. Den delas upp i fem olika typer. För det första bör man handleda eller utföra vården för en person, det hör också till att vägleda och stödja både fysiskt och psykiskt samt att skapa en utvecklande miljö och undervisa.

Omvårdnadssystem skapas genom sjukskötarens och patientens åtgärder och samarbete i en omvårdnadssituation. Omvårdnadssystemen formar omvårdnadssituationerna genom att man bestämmer sjukskötarens och patientens roller och förhållandet mellan rollerna. Men man tänker också på de hjälpmetoder som skall tillämpas och de teknologiska delarna som skall ingå. Omvårdnadssystemen delas upp i tre olika delar: fullständigt kompenserande omvårdnadssystem, delvis kompenserande omvårdnadssystem och stödjande omvårdnadssystem.

Fullständigt kompenserande omvårdnadssystem omfattar de patienter som inte kan utföra egenvårdsåtgärder på eget initiativ eller de som saknar förmåga till självständiga

kropps rörelser. *Delvis kompenserande omvårdnadssystem* innebär att både patienten och sjuksköterskan utför omvårdnadshandlingarna tillsammans. *Stödjande omvårdnadssystem* uppkommer när man skall lära patienten att utföra de åtgärder som är viktiga för att egenvårdskraven skall tillgodoses. (Kirkevold, 2000, 154-156)

4. Bakgrund

Skribenten har använt sig av böcker, samt pålitliga internetsidor till den teoretiska bakgrunden om stroke. I bakgrunden finns också med sex stycken vetenskapliga artiklar som sorterades utgående från ämnet och året på artiklarna. Sökningarna gjordes i Cinahl och Ebsco eftersom att det gav mest träffar och för att skribenten vant sig vid dessa databaser.

Enligt WHO defineras stroke som ett plötsligt neurologiskt bortfall av kroppsfunctioner som är orsakat av en cirkulationsstörning i hjärnans blodkärl och kan leda till döden eller åtminstone symtom som varar mer än 24 timmar. (Mätzsch & Gottsäter, 2007, 45)

4.1 Riskfaktorer för stroke

Det finns många riskfaktorer för stroke men de vanligaste som man brukar tala om, som man i stor utsträckning kan påverka själv är hypertoni (högt blodtryck), diabetes, rökning, låg fysisk aktivitet, övervikt och förmaksflimmer. Dessa saker kan vi som vårdpersonal också stödja patienten att förbättra för att undvika att få en stroke. Vi kan t.ex. stödja patienten att sluta röka, ändra på sina kostvanor och uppmuntra till att motionera mera (Jönsson, 2012, 25-27).

En riskfaktor som är en vanlig orsak till att man får stroke är högt blodtryck. Man menar att personer med högt blodtryck har tre gånger större risk att insjukna eller återinsjukna i stroke. Orsaken är att det höga blodtrycket ökar åderförkalkningen och kan skada de tunna blodkärlen inuti hjärnan, men om man har en välkött hypertoni minskar risken för att insjukna. (Murray, 2015)

En annan stor riskfaktor är rökning. Rökare har dubbelt större risk att insjukna i stroke än icke-rökare. Det är framför allt farligt att röka för de personer som redan drabbats av en transitorisk ischemisk attack (TIA) eller hjärninfarkt. (Murray, 2015)

En tredje stor risk för stroke är förmaksflimmer, orsaken till detta är att när man har förmaksflimmer så töms inte hjärtat på blod, utan en del av det lämnar kvar i vänster förmaksvägg där det koagulerar till en blodpropp, denna propp kan därefter lossna och följa med blodströmmen ut i kroppen, t.ex. till hjärnan där det kan fastna i något kärl vilket leder till en hjärninfarkt. Därför är det viktigt att patienter med förmaksflimmer medicineras med blodförtunnande läkemedel. (Murray, 2015)

Den fjärde riskfaktorn som tas upp i detta arbete är högt blodsocker eller diabetes. Detta påverkar blodkärlen negativt och orsakar därför ett stort antal strokeinsjuknanden. Man menar att mera än var femte strokepatient har diabetes. När man har diabetes är det viktigt att man kontrollerar sitt blodsocker och följer läkarens råd gällande insulin, livsstil, matvanor och blodtryck. (Murray, 2015) Det finns också riskfaktorer som man inte kan påverka. Dessa är t.ex. ålder, kön, ärftlighet och olika nationaliteter. (Käypähoito, 2016)

4.2 Symtom

Det är väldigt viktigt att man söker hjälp fort om man märker att man har symtom som kan vara stroke eller ser någon som har det. Det är först senare man kan avgöra om symtomen försvann och det var en TIA eller om de utvecklades till en stroke. En del som drabbas av stroke kan få tecken som går över eller förbättras snabbt, men de flesta får funktionsnedsättningar som är kvarvarande och som förändrar deras livssituation. Detta leder till att majoriteten som drabbats av stroke är i stort behov av vård och rehabilitering en tid framöver (Jönsson, 2012, 25-27; Vårdguiden, 2013).

Cirkulationsstörningen leder till skador på det utsatta området som gör att man kan få symtom som domningar eller förlamning i någon kroppsdel eller i ena kroppshalvan. Detta kan leda till att man får svårt att gå eller får balansproblem. Man kan få svårt att tala eller svårigheter med att förstå vad andra säger, sväljningssvårigheter, känselstörningar och synrubbningar. Man kan också få en plötslig huvudvärk (Jönsson, 2012, 25-27; Vårdguiden, 2013). Det är viktigt för sjukskötaren att lindra oro och obehag hos patienten och försöka undvika det som kan ha en negativ effekt på patientens återhämtning.

4.3 Olika typer av stroke

Det finns olika typer av tromboser som kan ge strokesymtom. Man brukar dela in typerna i olika undergrupper. TIA är en episod med nedsatt hjärnfunktion pga. en trombos som kan

lösa upp sig själv innan det utvecklas till hjärninfarkt. Därför pågår symtomen i mindre än 24 timmar. TIA ger liknande symtom som man får av hjärninfarkter, men de är kortvariga. Detta är alltså en mycket viktig varningssignal för en hotande infarkt. Därför bör patienter som nyligen haft TIA besöka läkare för utredning och eventuell behandling (Mätzsch & Gottsäter, 2007, 45-46; Terént, 2007, 22-23).

Cerebral infarkt eller hjärninfarkt utgör en stor del av stroke som orsakas av att en artär som försörjer hjärnan täpps till och orsakar syrebrist på det stället där artären blivit tilltäppt. Ibland kan tilltäppning göra så att man inte får några symtom alls, om blodet slipper fram via omvägar. Detta kan då ta över blodförsörjningen, men om den saknas en stund dör en del av hjärnvävnaden och en infarkt uppstår. (Terént, 2007, 23-24)

Hjärnblödning orsakas av att ett blodkärl brister och blodet tränger ut till hjärnvävnader som ligger nära och skadar dem. Det finns 2 olika typer av hjärnblödning. Den vanligaste formen är intracerebral blödning vilket orsakas av att ett mycket litet blodkärl brister och blodet som tränger ut hamnar inne i hjärnan, som leder till att man får liknande symtom som vid en hjärninfarkt. Den lite ovanligare formen av hjärnblödning är subaraknoidal blödning vilket orsakas av att ett stort blodkärl brister och blodet hopar sig på hjärnans yta under spindelvävshinnan. Detta gör att man kan få symtom som medvetandeförlust, huvudvärk och kräkningar. (Terént, 2007, 23-24)

4.4 Utredningen av stroke

Vid ankomsten till sjukhuset är anamnesen viktig, man utreder vilka symtom som finns, när de började och hur de har utvecklats under en tid. Oftast kan kanske inte en patient som insjuknat i stroke svara på dessa frågor, därför är det viktigt att en anhörig eller någon annan är med som kan berätta mera om anamnesen. I det akuta skedet tar man också reda på om patienten har några av riskfaktorerna för stroke (Jönsson, 2012, 46-48; Terént, 2007, 56-58).

Efter anamnesen undersöks patienten genom ett neurologstatus, som visar eventuella neurologiska bortfall och tecken på yttre kroppsskada. Man tar även blodprov och EKG i detta skede. Därefter åker patienten till röntgenavdelningen för att göra en datortomografi. På detta vis kan läkaren få reda på om man drabbats av en hjärnblödning eller en hjärninfarkt. Denna undersökning tar bara några minuter att utföra, och den ger inga smärtor. En blödning syns som en vit fläck på röntgenbilden och en infarkt syns som en mörk fläck, men det är

inte alltid en infarkt syns direkt på röntgenbilden (Jönsson, 2012, 46-48; Terént, 2007, 56-58).

Man kan också göra en undersökning med magnetkamera, skillnaden är att man använder magneter istället för röntgenstrålar. Denna undersökning kan däremot upplevas obehaglig av vissa patienter eftersom att man ligger med huvudet i en smal tunnel och det bullrar mera än vid datortomografin. Det tar också lite längre tid. Fördelen med denna undersökning är att man ser hjärninfarkter tidigare än vid datortomografin och den är lättare att använda vid undersökning av svårare delar av hjärnan, t.ex. i nackregionen. (Jönsson, 2012, 46-48; Terént, 2007, 56-58)

4.5 Behandling

Behandlingen av stroke relateras alltid till tillståndets orsak. Man måste alltså först veta varför man insjuknat i stroke. Trombolysbehandling är en vanlig behandling man kan få om man har en hjärninfarkt, detta innebär att man ”löser upp” trombosen och räddar nervcellerna genom att försöka få igång cirkulationen igen i det drabbade området. Det finns olika faktorer som avgör om behandlingen är lämplig för en patient, t.ex. om man hinner ge blodproppslösande medicin med ett dropp inom tre timmar efter de första symtomen. Åldern är också en faktor som spelar roll i detta skede (Jönsson, 2012, 50-51; Terént, 2007, 59-65).

Behandlingen har inte alltid önskad effekt, vilket gör att man inte får trombosen upplöst helt och inte får igång cirkulationen. Behandlingen ges som infusion i en timme, under behandlingen och strax efteråt kontrollerar man symtomen, blodtrycket och pulsen och efter ett dygn gör man en ny uppföljning med neurologisk status och datortomografi. I de fall där trombolysbehandlingen inte lyckas kan man göra en trombektomi, vilket innebär att man via en kateter fångar upp proppen och suger ut den (Jönsson, 2012, 50-51; Terént, 2007, 59-65).

Vid de fall där man har en hjärnblödning får man inte behandla med propplösande läkemedel, utan istället kan man göra en kirurgisk behandling. När man har en subaraknoidal blödning kan man göra en tätning av den läckande ådran genom öppen kirurgi eller med en kateterburna teknik. Den öppna kirurgin går ut på att man öppnar skallbenet och tätar åderbråcket med en klämma. Den kateterburna tekniken gör man genom att föra in en kateter från pulsådern i ljumsken enda upp till åderbråcket, där man fyller åderbråcket med ”spånor” som sedan läker till ett ärr och förhindrar en ny blödning. Om man drabbats av en

intracerebral blödning gör man i vissa fall en operation som minskar på trycket innuti hjärnan, för att undvika att svullnaden klämmer till centrat för andning och cirkulation (Jönsson, 2012, 50-51; Terént, 2007, 59-65).

4.6 Eftervård

Det tar tid att återhämta sig efter en stroke och det kan inte påskyndas. Stroke kan orsaka många förändringar i livet förutom de motoriska och språkliga problemen, detta gör att de närstående också drabbas.

Enligt Dalvandi m.fl:s studie (2010) är det väldigt viktigt att stödja strokepatienter i deras nya situation genom att erbjuda lämpliga planer gällande socialt och ekonomiskt stöd, socialförsäkringar och utbildningsprogram för strokepatienter och deras familjer. Detta var resultatet av deras studie som de gjorde genom intervjuer av 10 personer med stroke. De ansåg att det var otillräckligt socialt- och ekonomiskt stöd och brist på rehabiliteringstjänster och detta ledde till problem i deras liv.

Efter att patienten är medicinskt stabil och det finns en prognos för framtiden bör vårdplaneringen ske. Där deltar patienten och närstående tillsammans med olika personal. I eftervården är rehabiliteringen en stor och viktig del och den behöver påbörjas så fort som möjligt. Med rehabiliteringen sätter man upp mål anpassat till patientens individuella behov. En stor del av rehabiliteringen går ut på att stödja patienten och dess närstående att lära sig att leva i en förändrad livssituation. Rehabiliteringens syfte är att hjälpa patienten att få tillbaka en förmåga eller att nå upp till en kvarvarande förmåga genom träningen (Mätzsch & Gottsäter, 2007, 291-301).

Målet med Ahuja m.fl. studie (2013) var att vårdpersonalen skulle få en inblick i hur återhämtningen efter en stroke kunde se ut. Man intervjuade 11 personer som drabbats av stroke. Man kom fram till att återhämtningen efter stroke är en lång och individuell process och därför behöver vårdpersonal få mera erfarenheter av personer med stroke för att få bättre förståelse för var de befinner sig i återhämtningen. Om vårdpersonalen vet mera om sjukdomen kommer vården få en högre nivå och detta kommer att främja återhämtningen efter stroke.

En fungerande vårdkedja är en viktig del i eftervården och olika yrkesgrupper bör kunna kommunicera med varandra så att det inte uppkommer avbrott i rehabiliteringsprocessen.

Alla olika yrkesgrupper bör känna till målen med rehabiliteringen för att de skall följas så bra som möjligt och göra att alla kan delta i behandlingen. Det är vår uppgift som vårdare att uppmuntra patienten till att träna och rehabilitera för att kunna få ett så normalt liv som det bara går så snabbt som möjligt. De närstående har också en viktig roll i rehabiliteringen (Mätzsch & Gottsäter, 2007, 291-301).

I en studie av Vestling m.fl. (2013) undersökte man tankar och upplevelser av strokeinsjuknade patienter som återhämtat sig så bra att de återvänt till sitt arbete. Informanterna var 12 personer som intervjuades. Resultatet som man kom fram till var att det är en stor utmaning för personerna att återvända till arbetet med tanke på de allmänna och medicinska problemen efter en stroke. För vissa ingick det i rehabiliteringen att göra ett arbetsplatsbesök före man fick återvända till arbetet, vilket var uppskattat. Och man kom också fram till att man bör uppmuntra de som återvänder till arbetet att vara en aktiv deltagare i själva arbetet.

I en studie av Tholin och Forsberg (2014) undersöktes hur patienter som drabbats av stroke upplevde vården efteråt genom att intervjua 11 personer som drabbats av stroke. Man kom fram till utifrån patienternas erfarenheter att det är mycket viktigt att alla i vårdpersonalen bör känna till stroke och symtomen man kan få av det, detta för att patienterna skall känna sig trygga med vården.

4.7 Funktionsnedsättningar efter stroke

Det finns många saker i livet som kan förändras efter att man har haft en stroke. Vilka följder man får beror helt på vilken del av hjärnan som är skadad, eftersom alla våra funktioner styrs av hjärnan och man kan få både synliga och dolda funktionsnedsättningar.

4.7.1 Synliga funktionsnedsättningar

En vanlig synlig funktionsnedsättning man kan få efter stroke är halvsidig förlamning. Detta innebär att funktionen i den ena kroppshalvan är nedsatt, det kan vara endast en arm eller ett ben som är förlamat eller hela kroppshalvan. I vissa fall kan man träna för att få bort svagheten men det går inte i alla fall utan det kan vara bestående. (Jönsson, 2012, 77-78)

Kommunikationssvårigheter eller afasi som det kallas är en annan funktionsnedsättning man kan få, vilket innebär att man kan få svårigheter både att tala, läsa, skriva och att förstå tal. Dock behöver man inte få alla svårigheter utan man kan även bara få en del av dem. Man kan få olika typer av talsvårigheter efter stroke beroende på var i hjärnan skadan finns. En svårighet man kan få är att komma på namn, och olika ord, men sådana ord som man använder ofta såsom ”tack”, ”hej/hejdå” och ”ja/nej” kan lämna kvar. Ibland kan man även säga motsatsen till vad man tänker, t.ex. att man säger ”ja” fast man menar ”nej”. Detta kan upplevas påfrestande av patienten eftersom att man inte kan uttrycka sina känslor och önskingar så att andra förstår. (Jönsson, 2012, 204-210)

Om man får svårigheter att förstå tal innebär det i praktiken att om man pratar med en afasidrabbad förstår inte hon/han vad man pratar om. Den afasidrabbade vet att man pratar men kan inte tolka vad man säger, t.ex. som när en svensktalande skall prata med en italienare men inte kan italienska, man vet att italienaren pratar men förstår ingenting av vad denne säger. (Jönsson, 2012, 204-210)

Man kan också få problem med urinblåsan efter stroke. I en studie av Pilcher & MacArthur (2012) analyserade man 40 patienter som hade ett identifierat blåsproblem och hade haft stroke mer än två veckor före. Man kom fram till att depression och känslor av osäkerhet var vanliga och patienterna var minst nöjda med användningen av bäcken och att få en inneliggande kateter, istället för ett vanligt toalettbesök.

Den sista synliga funktionsnedsättningen som tas upp är dysfagi, vilket innebär att man har svårigheter med att svälja. Framförallt den första tiden efter stroke kan detta förekomma, det sker vanligen en förbättring av problemet. När man inte kan äta eller svälja själv är det vanligt att man får sondmatning eller intravenös näringstillförsel, men man kan stegvis börja övergå till konsistensanpassad mat och senare till vanlig mat. (Jönsson, 2012, 85)

4.7.2 Dolda funktionsnedsättningar

En dold funktionsnedsättning som kan uppkomma efter stroke är minnessvårigheter, oftast är det närminnet som påverkas. Detta kan göra att man ofta kan känna sig osäker eftersom att man inte kommer ihåg saker, det kan också leda till att man känner sig misslyckad för att man inte kommer ihåg sådant som man kommit ihåg förut. Trötthet efter stroke är en vanlig sak och minnet fungerar sämre ju tröttare patienten är.

När man drabbas av funktionsnedsättningar plötsligt och livet förändras kan många gå in i en depression. Enligt Kouwenhoven m.fl. (2012) anser många att depressionen man drabbas av i det akuta skedet av stroke är på grund av klinisk depression och inte på grund av stroke. I sin studie ville de ta reda på vad patienterna hade för åsikt om detta, genom att intervjua nio personer som haft depression efter stroke. Resultatet visade att patienterna inte ansåg att de hade en klinisk depression i bakgrunden som kom fram vid stroke, utan de ansåg att de fick en depression på grund av stroke, eftersom att deras liv förändrades.

Många blandar på trötthet och depression efter stroke eftersom att tillstånden har ganska likadana symtom. De kan också förekomma samtidigt så det kan vara svårt att se skillnaden på dem. De märkbara symtomen vid mental trötthet är att patienten har en tydlig uttrötthet och man vill gärna göra saker, ofta mera än man orkar med. Vid depression har man däremot en tydlig nedstämdhet och man har inget intresse för omgivningen och man känner ingen glädje åt saker som händer. (Jönsson, 2012, 249-253)

4.8 Livet efter stroke

De flesta av de funktionsnedsättningar man drabbas av efter stroke förbättras av sig själv under de närmaste månaderna. En skadad hjärna kan få tillbaka förlorade funktioner i större omfattning än man trott förut. Vissa av dessa funktioner behöver arbetas upp genom rehabilitering och terapi, och en förbättring kan även ske en lång tid efter insjuknandet (Hjärt-lungfonden, 2016).

Återhämtningen efter stroke varierar från person till person, detta beror främst på hjärnskadans omfattning, kvaliteten på rehabiliteringen men en stor del är också patientens egen vilja och ork till rehabilitering samt den känslomässiga inställningen. Här har också närstående en viktig roll för att patienten skall få motivation till rehabilitering (Hjärt-lungfonden, 2016).

Personer som drabbas av stroke kan också behöva stöd för att komma igång med aktiviteter från tiden före man insjuknade i stroke, t.ex. fritidsaktiviteter, familje- och arbetsliv eller andra verksamheter. Detta kan behövas eftersom sjukdomen ofta påverkar förmågan och lusten att umgås med andra, och detta är en viktig faktor i patientens välmående. Denna typ av rehabilitering kan öka självförtroendet för patienten och samtidigt minska på rädslan att leva vidare med den funktionsnedsättning man drabbats av. (Hjärt-lungfonden, 2016)

5. Metod

Undersökningen har gjorts med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys där skribenten analyserat personers egna upplevelser utifrån en bok av Rentola (2013). Där 15 personer berättat om hur de upplevde livet med stroke.

5.1 Kvalitativ metod

Skribenten använder sig av en kvalitativ innehållsanalys för att analysera materialet. Syftet med kvalitativa studier är att man skall få bättre förståelser av en viss sak, t.ex. av patienten och hans situation. (Holme & Solvang, 2008, 92-95) Man kan också säga att en kvalitativ studie har som mål att studera personers erfarenheter av ett fenomen, det finns inget som är fel men heller ingen absolut sanning i en erfarenhet. (Henricson, 2012, 130) Man vill ta reda på patientens upplevelser, erfarenhet eller förväntningar (Friberg, 2006, 87). Den kvalitativa metoden passar bra till detta arbete eftersom att skribenten är intresserad av patienters upplevelser.

5.2 Datainsamling

Dokument kan bedömas som en datakälla, enligt Denscombe (2009) egentligen som ett alternativ till intervjuer, frågeformulär och observationer. Det finns olika dokument som forskning kan baseras på, till exempel skriftliga källor, men det finns även visuella källor och ljud. Alla dessa är olika former av dokument som har en betydelse för forskningen. Som datakälla skrivs böcker som forskaren har som avsikt att studera med hjälp av människors tankar och beteenden. Dessa böcker är viktiga i forskningssyftet eftersom att de berättar om händelser som redan har inträffat. Det finns tre olika centrala inslag i denna typ: *faktiska data*, *betydelsefulla händelser* och *personlig tolkning* som alla är viktiga för forskaren. (Denscombe, 2009, 295-298)

Undersökningen görs med en kvalitativ data insamlingsmetod där skribenten analyserar 12 berättelser utifrån en bok där personers personliga upplevelser står i fokus. Skribenten analyserar sex berättelser av kvinnor i åldern 40-74 år och sex berättelser av män i åldern 61-78 år. I boken finns 15 stycken berättelser, med intervjuer av människor i Finland som vill berätta om sina personliga upplevelser, för att ge kamratstöd, inge hopp och för att underlätta för andra som känner någon med stroke. De vill dela med sig av sitt liv för att de

har något att ge. Berättelserna utgår från sju män och åtta kvinnor som alla haft stroke. (Rentola, 2013, 11)

5.3 Innehållsanalys

Det finns många sätt att analysera, men analysen följer oftast några steg som inte skiljer sig mycket mellan de olika metoderna. Det första steget i analysen går ut på att man läser material i sin helhet flera gånger. I det andra steget tar man ur text som svarar på frågeställningarna, som man sedan kodar och delar upp i kategorier eller teman. I det sista steget, steg tre, skapar man en ny helhet. (Henricson, 2012, 135)

Kvalitativ innehållsanalys är en metod som använts länge och som årligen ökar inom olika ämnesområden. Enligt Krippendorff (2012) ligger tonvikten vid att man skall kunna fastställa mängden av textdata. Man skall kunna dra riktiga konsekvenser från innehållsanalys studier och kunna upprepa det.

Innehållsanalysen består av olika delar. Med *analysenhet* menar man bestämda personer i studien och data som samlats in. *Domän* kan vara svaren på en fråga och den kan delas upp i olika områden. Med *meningsenhet* avser man en textmassa som man reducerar till väsentliga ord från olika meningar, och utifrån detta kan man göra *kodning* så att man beskriver ett enda ord eller några sammanhängande ord. Liknande koder kan bilda *subkategorier* som sedan bildar en *kategori*. Kategorierna skall vara skilda från varandra men kan bindas samma till *teman* eller *mönster*. (Henricson, 2012, 331-333)

Skribenten läste igenom berättelserna flera gånger för att få en bra bild över upplevelsena, för att sedan korta av texten och ta ur den text som svarar på frågeställningarna. Texten som tagits ur delades upp i olika kategorier och underkategorier för att senare komma fram till ett resultat.

6. Resultat

I följande kapitel beskrivs det sammanställda resultatet utifrån berättelserna. Från de 12 berättelserna som använts för analysen framkom tre kategorier med underkategorier som svarar på frågeställningarna angående patienters upplevelser av stroke. Skribenten har även sammanställt varje personberättelse kort i ett skilt kapitel först.

Resultatredovisningen är utgående från vad patienterna själv har berättat när de blivit intervjuade för boken. För att få en bättre överblick har kategorierna sammanställts i en figur nedan och i texten är underkategorierna skrivna med **fet** och *kursiv* text.

Fysiska och kognitiva förändringar	<i>Talförmågan</i> <i>Rörelseförmågan</i> <i>Trötthet</i> <i>Minnet</i>
Emotionella konsekvenser	<i>Humöret</i> <i>Inställning till egenvård</i>
Sociala förändringar	<i>Kamrater undviker</i> <i>Närstående</i>

Figur 1. Schema över kategorier

6.1 Beskrivning av personerna bakom berättelserna

Boken som använts för analysen består av berättelser från 12 personer, sex kvinnor och sex män, i åldern 40-78 år, dessa beskrivs kort nedan.

Kvinna 43 år

Insjuknade i en hjärnblödning på vägen hem från sitt arbete. Kände att hon fick en molande huvudvärk som spände sig bakåt i huvudet och i pannan. Hon satte sig ned på en stol och efter en stund förlorar hon medvetandet och faller av stolen. Fem dagar senare vaknar hon efter att ha varit med om en operation och fem dagar i medvetslöshet. Hon klarade sin talförmåga men blev förlamad i vänster sida. Nu ett och ett halvt år senare bor hon på ett serviceboende och funderar över framtiden. Känslen i vänster hand har hon fått tillbaka men inte kraften.

Kvinna 50 år

På natten domnade höger sida och höger ben gav efter när hon steg upp vilket ledde till att hon föll ihop. På morgonen upprepades svagheten, men nu sludrade hon också och mådde illa. Hon blev förlamad i armar och ben samt förlorade talförmågan, ansiktsuttryck och förmågan att svälja. Nu bor hon hemma och har assistent från sju på morgonen till nio på kvällen, samt nattpatrull två gånger per natt för att svänga henne. Hon använder en "bokstavstavla" för att kommunicera och hon går i fysioterapi tre gånger i veckan. Fick ingen depression, men är "arg som ett bi". Hennes sväljreflexer kom tillbaka och nu äter hon pureer. *"Mentalt är jag kanske starkare nu, och jag klagat garanterat inte över småsaker"*.

Kvinna 48 år

Insjuknade första gången vid 27-års ålder med svår huvudvärk. Andra gången lyckades man inte väcka henne, hon låg i koma och rosslade i andnöd. Först var hon förlamad, nu är vänster sida svagare och en fjärdedel av synfältet är borta. Hon fick depression, vilket ledde till att hon inte klarade av att ta hand om sitt barn. Hennes stubin har blivit kortare och hon blir hes när hon pratar, eftersom att höger stämband hänger slappt och inte fungerar som det ska.

Kvinna 57 år

Insjuknade i en hjärnblödning och föll omkull. Hon blev förlamad men var vid medvetande. Höger hand, ben och fot blev överkänslig och ännu idag har hon ingen bra kraft i höger hand. Hon hade bra träningsvilja och viljan att bli frisk. Hon kände sig nedvärderad när vårdrutiner kräver att man går i blöja regelbundet istället för att vänligt få hjälp med att ta sig till toaletten. *"Känns bättre att få hjälp av utbildade människor som verkligen vill att man ska återhämta sig. Inte lätt att va sjuk, men man måste vägra ge upp."*

Kvinna 74 år

Insjuknade i en hjärninfarkt, vaknade med domningar i vänster arm och var vinglig. Idag släpar hon vänster ben lite, och finmotoriken i vänster hand är försämrade. Hon är väldigt trött och hennes personlighet har förändrats vilket gjort henne mera ilsken. Hon orkar göra något ordentligt högst fyra timmar per dag, därefter måste hon vila. Därför har hon nu en städerska för att hon inte orkar städa längre. Hennes minnesluckor gör att hon kan komma ihåg att hon ska på ett möte, men hon går på fel dag.

Kvinna 40 år

Insjuknade i en hjärnblödning. Hon fick svår smärta mitt i natten, var domnad i kroppen och vinglig. Hon kunde inte svälja och endast otydliga ljud kom ur munnen, hon drabbades av afasi. Gick vid talterapeut fyra gånger i veckan under åtta månader. Hon hade svårt att säga saker, men kunde skriva ganska bra. Ett och ett halvt år efter insjuknandet var första gången hon formulerade sig rätt utan att tänka. Nu kan hon tala, skicka sms, läsa o skriva nästan obehindrat på flera språk. *"Lugnt o normalt bemötande av personal skapar förtroende o ger hopp."*

Man 78 år

Två år efter sin tia fick han en plötslig talstörning som varade i en halvtimme. Efteråt hände inget på flera år (12 år) utan plötsligt en dag small det till i huvudet, som han beskrev det, och där fick han sin hjärninfarkt. Han blev förlamad i höger sida och förlorade sin förmåga att tala, då konstaterades grov afasi. Ännu idag kan han inte säga en hel mening utan bara några ord, först trängde sig engelskan och tyskan fram före hans modersmål. Hans fru tyckte det svåraste efter stroke som närstående var att godkänna att livet förändrades helt på ett slag och att gå med på att färdigheter som fanns där för någon dag sedan är helt borta idag. Värst tycker hon ändå att hans depression var.

Man 62 år

Insjuknade i en hjärninfarkt. Han beskrev att det var tungt i huvudet, *"som fyllt med dynamit"*. Hans talförmåga låste sig, samt förmågan att uppfatta världen. Han är lite svagare i höger arm än förut, men annars fungerar den bra. Vissa ord kan vara svåra för honom och han kan behöva leta länge efter dem, ibland kastar han också om bokstäverna. Två och en halv vecka efter infarkten sa han sitt första ord. Han var otroligt trött och sov mycket. Han berättar att allt måste ske lugnt och ordnat, och han måste göra en sak i taget. Idag är han sjukpensionär. *"Alla borde ha rätt till minst ett års multiprofessionell terapi"*.

Man 61 år

Fick en hjärnblödning vilket ledde till att han blev trött och ögonen snurrade i huvudet. Han låg nio veckor medvetslös. Han hade ingen balans först, men idag efter fyra månaders rehabilitering är det bättre. Ett öga tog stryk för honom, och han använder en klocka för synskadade. Idag använder han rullator och rullstol och får hjälp av personalen vid servicehuset han bor i. Efter insjuknandet ville han vara ensam. Han hade ångest och försökte

ta sitt liv, men vissa vänner kom på besök fast han inte ville, de var enligt honom äkta vänner. Före insjuknandet hade han en sångkarriär och skådespeleri som intresse, men ena stämbandet blev förstört när han fick sin hjärnblödning. Men efter en tids tränande började han spela musik igen.

Man 63 år

Mannen föll ihop i ett seminarie och blev förlamad i höger sida, han fick en propp. Idag sitter han i rullstol o går med käpp. Hans förmågan att förstå blev begränsad och kunskapen om hur man gör vardagliga saker försvann. Nu bor han hemma med frun som är anhörigvårdare, och ibland har han intervallvård. Han har svårt att hitta ord men livsgnistan finns kvar. Förut var han vd i ett eget företag.

Man 77 år

Mannen föll ihop när han var ute o gick, när han vaknade kunde han varken gå eller prata, han hade insjuknat i en hjärninfarkt. Nu efteråt har han det tungt på morgonen och allting går långsamt för honom. Han fick en depression som kom smygande, detta leder till att han inte vill gå ut så ofta nu. *Depression o mörka tankar drabbar nästan alla i något skede*. ” *Man tvingas avstå från en sak i taget*”. Idag använder han rullator att gå med och i början hade han svårt att tala ordentligt, men det har blivit bättre. Han berättar även att hans kamrater undvek honom efter insjuknandet.

Man 65 år

Insjuknande i en hjärnblödning. Han berättade att svetten bröt ut o huvudet började värka och efter en operation fick han minnesluckor. Hans vänster ben fungerade inte och han använde rullstol först ett och ett halvt år innan han började gå korta bitar. Idag kan han köra bil. Han fick neglect, vilket innebär att man inte noterar sin ena sida, men det försvann så småningom. Han berättar att hans vänner undvek honom. ”*Måste bara försöka se framåt*”. ”*Viktigt att hitta något ersättande att göra åt den som känner att den mist allt*”.

6.2 Fysiska och kognitiva förändringar

När man insjuknat i stroke förändras livet mycket, både för patienten själv och för de närstående. Detta är en stor utmaning för många. Både som patient och närstående kan man behöva stöd från många håll. Gällande kroppens funktionsförmåga är det väldigt många

saker som kan förändras när man haft en stroke, och detta kan vara den svåraste biten för den insjuknade, att man inte längre kan gör sådant som man kunde göra förut. Det kan också vara den svåraste biten för närstående som ser dessa förändringar. Detta kan ofta påverka livssituationen mycket med tanke på att man inte kan återvända till sitt arbete igen på grund av funktionsnedsättningarna som sjukdomen har orsakat.

Talförmågan

En funktionsnedsättning av talförmågan kan visa sig på många olika sätt när man får en stroke, och också i dessa berättelser ser man det. Många av de personer som berättat sina upplevelser i denna bok har drabbats av afasi, men i olik grad. De flesta tappade sin förmåga att prata i det akuta skedet i stroke, många tappade sitt medvetande och föll ihop och när de vaknade kunde de inte prata. Detta verkar vara en svår bit för alla, att inte kunna uttrycka sig om det man vill, och se att andra inte förstår vad man vill säga.

Alla som drabbades av afasi erbjöds talterapi för att försöka återfå sin förmåga att prata, men för vissa personer stannar denna funktionsnedsättning fortfarande kvar, men en förbättring kan ses. I berättelserna framkom det att en person inte kunde fortsätta med sin hobby på grund av afasin, detta var en person som hållit på med musik förut och tyckte om att sjunga. Det var en svår sak för personen men efter några års träning kunde han sjunga lite igen. Rösten var inte den samma som förut, men han ansåg att huvudsaken var att han fick fortsätta med sin hobby.

Om man drabbas av afasi och inte återfår sin förmåga att tala eller skriva kan man använda sig av hjälpmedel för att vardagen skall fungera bättre, som en person gjorde. Personen kunde inte prata och hade assistent dygnet runt som hjälpte till. Till hjälpmedel användes en bokstavsplatta som lades framför den afasidrabbades ansikte. På plattan fanns alla bokstäver i alfabetet och personen behövde endast se med sina ögon på en bokstav så att assistenten visste vilken bokstav man tänkte på, på detta sätt kunde man få ihop meningar och kommunicera.

Som närstående och vårdare till en afasidrabbad måste man vara förstående och lyssna på patienten. Många berättade att allt började ske långsamt efter att de drabbats av stroke, och allt måste ske i lugn och ro. En person hade också mycket lättare att prata när han var pigg, om han var trött blev det mycket mera fel i kommunikationen.

Rörelseförmågan

En av de vanligaste funktionsnedsättningarna man kan få efter stroke är att rörelseförmågan ändras, man blir ofta förlamad i ena sidan eller i en arm eller ett ben. Detta kan för många leda till att de lämnar att sitta i rullstol på grund av att de inte kan stöda på sina ben. Men för flera av de intervjuade blev denna funktionsnedsättning bättre med tiden, allt hänger på hur aktiv man är med rehabiliteringen och hur mycket motivation det finns till rehabiliteringen. De flesta av de som blev förlamade och satt i rullstol kunde efter en tid gå med rullator och ta sig fram av sig själv. Men känselsvaghet och balanssvårigheter är en sådan sak som ofta förblir.

Trötthet

Många av de intervjuade berättade att de upplevde att de blivit tröttare efter strokeinsjuknandet. De orkar inte lika mycket längre, och många blev irriterade av tröttheten. Saker som de orkat göra förut fanns det ingen ork till längre, och om de börjar göra en sak orkar de inte länge förrän de måste lägga sig ner och vila en stund. Detta är också en sådan sak som kan påverka andra i familjeförhållandet. Det gör att de andra i familjen får göra mycket mera hemma på grund av att man inte orkar, och på det sättet kan de andra bli irriterade fast de vet orsaken till att man inte har någon ork.

Minnet

Enligt många källor är minnet en sak som kan försämrats vid stroke, också i dessa berättelser märktes detta av. Men endast några få av de intervjuade anmärkte på detta. De berättade att de hade minnesluckor, men att minnet inte var helt borta. En av de intervjuade berättade att hon kunde komma ihåg att hon skulle på ett möte men att hon gick på fel dag.

6.3 Emotionella konsekvenser

Humöret

Depression och kortare stubin var en sådan sak som många av de insjuknade märkte av, och även de närstående märkte en radikal förändring på detta. De som förut alltid varit på bra humör och skrattat och varit glad blev efter insjuknandet arg, deprimerad och hade ångest.

För en av de intervjuade gick detta så långt att han försökte ta sitt liv. Detta kan medföra en stor förändring på livssituationen även fast man kanske inte drabbats av någon annan funktionsnedsättning. Många ville vara ensamma, och inte gå ut, och en del klarade inte av att ta hand om sitt barn på grund av nedstämdheten.

” Jag försökte ta livet av mig. Det var på sommaren. Jag var ensam och såg inte vad det var för idé med något längre. I mina egna ögon var jag bara en börda för omgivningen. Depression är när man tycker att ingenting blir någonting ” (Rentola, 2013, 91-98).

Inställning till egenvård

Alla av de intervjuade hade viljan att bli frisk ända från början. Alla som behövde började med rehabilitering så fort som möjligt för att återfå sin bristande funktionsförmåga. Några tog hjälp av sina närstående för att utföra rehabiliteringen. Både männen och kvinnorna hade lika positiv inställning till rehabiliteringen.

Livsgnistan är ofta en sak som man tappar efter att man insjuknat i stroke på grund av den förändrade livssituationen, men detta är en viktig sak att ha för att kunna hitta den rätta inställningen till rehabiliteringen. Om inte livsgnistan finns, hittar man oftast inte den rätta inställningen till rehabiliteringen heller. *”Mentalt är jag kanske starkare nu. Och jag klagar garanterat inte över småsaker, säger en av de intervjuade”* (Rentola, 2013, 77-88).

Som närstående är det viktigt att uppmuntra den insjuknade till rehabilitering och att själv också delta i detta för att målen skall uppnås bättre. *”Det är viktigt att få umgås med andra som fått stroke för att man ska slippa spela teater hela tiden. Andra i samma situation kan se förbi det faktum att man haltar eller är sned i ansiktet. De förstår att man fortfarande är en människa med känslor, kunskap och erfarenheter”* (Rentola, 2013, 156).

6.4 Sociala förändringar

Kamrater undviker

Av de intervjuade upplevde många att kamraterna började undvika dem efter att de insjuknade i stroke, men alla av de som berättade att de upplevde det var män. När man får en sjukdom så ser man vilka av sina vänner som är äkta vänner och vilka som inte är det.

Detta är också en sak som kan leda till depression för den insjuknade när den känner sig ensam och ingen vill umgås med dem.

” Jag ville avskärma mig, men jag vet nog att det inte är bra för människan att göra så. Man måste ha någon att prata med, för i ensamheten växer allt. Frågorna blir för stora och svåra.” ” Fem eller sex år gick jag som i dvala. Jag kände mig så otroligt ensam”. ”Vissa vänner kom på besök fast han inte ville, de var äkta vänner”. (Rentola, 2013, 91-98)

Närstående

Några av de intervjuades närstående berättade också vad de kände efter att stroke inträffade och den insjuknade förändrades. Det som de närstående upplevde var svårt efter insjuknandet var att den före detta snälla och omtänksamma personen nu hade förändras till någonting helt annat. Den insjuknade blev fortare irriterad på de närstående och allting som man ville ha hjälp med var ansträngande.

En del av de närstående önskade att den insjuknade borde få rehabilitering ofta för att återfå sina tidigare funktioner, medan andra tyckte att den insjuknade hade det bäst hemma och att ingen rehabilitering behövdes. Som närstående är det viktigt att motivera den insjuknade till rehabilitering för att den skall se en mening med livet igen och se det positivt för att uppnå sina mål.

Den funktionsnedsättning som närstående upplevde var svårast, var depressionen som de insjuknade drabbades av när de insett vad som har hänt och vilka funktionsnedsättningar de fått. En av de intervjuade berättar: *”Talterapin har varit den bästa av alla terapier jag har fått, men den överlägset bästa hjälpen har jag fått av min familj. Min hustru har ställt upp för mig, men också barnen och mina syskon.”* (Rentola, 2013, 41-49)

7. Tolkning

I detta kapitel har resultatet tolkats och speglats mot den teoretiska utgångspunkten samt bakgrunden. Den teoretiska utgångspunkten utgår ifrån Dorothea Orem's syn på egenvård. Tolkningen framställs enligt de kategorier som framkom i resultatet.

7.1 Fysiska och kognitiva förändringar

I underkategorin om **talförmågan** framkom att många drabbats av afasi men av olika grad. Alla fick hjälp och terapi som för de flesta också hjälpte och de fick tillbaka sin talförmåga helt eller delvis efter en tid med rehabilitering. Jönsson (2012) säger att detta är en vanlig förekommande funktionsnedsättning, vilket innebär att man kan få svårigheter både att tala, läsa, skriva och att förstå tal. Dock behöver man inte få alla svårigheter utan man kan även bara få en del av dem. (Jönsson, 2012, 204-210). För att rehabiliteringen skall lyckas måste man ha viljan att bli frisk och återfå sin talförmåga. Enligt Orem är detta egenvård, där individen själv utför aktiviteter och tar initiativ till, för sin egen skull, med syftet att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande samt att tillgodose de egna egenvårdsbehoven (Kirkevold, 2000, 149-152).

I underkategorin om **rörelseförmågan** där det framkom att många av de intervjuade förlorade sin rörelseförmåga på ett eller annat sätt och gjorde att de inte kunde röra sig på samma sätt längre, så passar Orems teori om egenvård in eftersom att man enligt Orem brukar dela upp egenvården i tre olika faser: värderingsfas, planeringsfas och genomförandefas. Och alla dessa faser behövs för rehabiliteringen av en person som har en funktionsnedsättning av rörelseförmågan (Kirkevold, 2000, 149-152). Enligt Jönsson (2012) är halvsidig förlamning en vanlig synlig funktionsnedsättning man kan få efter stroke. Detta innebär att funktionen i den ena kroppshalvan är nedsatt, det kan vara endast en arm eller ett ben som är förlamat eller hela kroppshalvan. I vissa fall kan man träna för att få bort svagheten men det går inte i alla fall utan det kan vara bestående. (Jönsson, 2012, 77-78)

I underkategorin **trötthet** framkom att de insjuknade inte orkade göra lika mycket som före stroke utan att behöva sova och vila mellan. Detta gjorde också att de blev irriterade på grund av tröttheten. I Orems egenvårdskapacitet framkommer att kapaciteten varierar utgående från olika faktorer, t.ex. individens ålder, kunskaper, utbildning, hälsotillstånd och resurser. (Kirkevold, 2000, 152-153) Tröttheten kan alltså påverka personens kapacitet till egenvård. Även en fungerande vårdkedja är en viktig del i eftervården, detta framkommer i Mätzsch & Gottsäter's studie (2007). Alla olika yrkesgrupper bör känna till målen med rehabiliteringen för att de skall följas så bra som möjligt och göra att alla kan delta i behandlingen. (Mätzsch & Gottsäter, 2007, 291-301) Enligt Jönsson kan det vara svårt att skilja på trötthet och depression efter stroke. (Jönsson, 2012, 249-253)

I den sista underkategorin under fysiska och kognitiva förändringar, *minnet* framkom att minnet är en sak som försämras vid stroke, men inte många av de intervjuade anmärkte på detta. De som märkt av detta hade minnesluckor men minnet var inte helt borta. Enligt Jönsson kan minnessvårigheter efter stroke göra att man ofta känner sig osäker och misslyckad eftersom att man inte kommer ihåg saker som förut. (Jönsson, 2012, 249-253) Egenvårdsbegränsning enligt Orem innebär att individen har begränsningar i egenvårdskapaciteten. Hon har valt att dela upp begränsningarna i tre olika typer: begränsande kunskaper, begränsad förmåga att bedöma och fatta beslut och den sista begränsad förmåga att utföra handlingar som ger resultat. (Kirkevold, 2000, 152-153) Detta kan man koppla till eftersom att minnessvårigheter kan vara en begränsning i egenvården.

7.2 Emotionella konsekvenser

I underkategorin *humöret*, framkom att depression förekom hos många och man märkte även av att ”stubinen blev kortare” och man blev mera irriterad. Enligt Kouwenhoven m.fl. (2012) anser många att depressionen man får i det akuta skedet av stroke är på grund av klinisk depression och inte på grund av stroke. I sin studie ville de ta reda på vad patienterna hade för åsikt om detta, genom att intervjua nio personer som haft depression efter stroke. Resultatet visade att patienterna inte ansåg att de hade en klinisk depression i bakgrunden som kom fram vid stroke, utan de ansåg att de fick en depression på grund av stroke, eftersom att deras liv förändrades. Enligt Orem's egenvårdskrav kan individens egenvårdskrav beräknas genom att identifiera fyra saker: de existerande egenvårdsbehoven, förhållandet mellan de olika egenvårdsbehoven, faktorer som kan inverka på hur behoven tillgodoses samt vilka metoder som krävs för att tillgodose behoven. (Kirkevold, 2000, 149-152) Humöret kan vara en sådan sak som kan inverka på hur behoven tillgodoses och det kan alltså påverka egenvården.

I den andra underkategorin under emotionella konsekvenser, *inställning till egenvård* framkom att alla de intervjuade hade viljan att bli frisk ända från början och alla som var i behov av rehabilitering började med detta så fort det var möjligt. Några tog hjälp av sina närstående för att utföra rehabiliteringen. Ahuja m.fl. (2013) ville i sin studie att vårdpersonalen skulle få en inblick i hur återhämtningen efter en stroke kunde se ut. Man kom fram till att återhämtningen efter stroke är en lång, personlig och individuell process och därför behöver vårdpersonalen få mera erfarenheter och upplevelser av personer med stroke för att få bättre förståelse för var de är i återhämtningen. Om vårdpersonalen vet mera

om sjukdomen är vården av högre nivå och detta kommer att främja återhämtningen efter stroke. Enligt Orem handlar omvårdnadskapacitet om de attityder, kunskaper, färdigheter och egenskaper som behövs för att tillämpa omvårdnad. För att kunna utföra omvårdnadskapacitet är vilja, motivation, konst och praktiska färdigheter viktiga komponenter.(Kirkevold,2000,154-156)

7.3 Sociala förändringar

I underkategorin om att *kamrater undviker* framkom att många kamrater började undvika efter att de insjuknade i stroke, men det framkom endast av männen i dessa berättelser. Varför det var bara männen som berättade att kamraterna undviker kan man fundera på. Kanske kvinnorna är mera framåtriktade och vet bättre hur man skall fungera och bemöta vänner när de insjuknar i en sjukdom än männen? Männen kanske undviker för att de inte vet hur man skall hantera det och vad man skall säga till sina vänner eller hur man skall bemöta dem efteråt eftersom att personen kanske har förändrats. Enligt hjärt-lungfonden kan personer som drabbas av stroke också behöva stöd för att komma igång med familje- och arbetsliv samt fritidsaktiviter, eftersom att sjukdomen påverkar förmågan och lusten att umgås med andra och detta är en viktig faktor i patientens mående. Denna typ av rehabilitering kan öka självförtroendet för patienten och samtidigt minska rädslan att leva vidare med den funktionsnedsättning man drabbats av. (Hjärt-lungfonden, 2016) Orem's egenvårdsbehov definieras som insikter om handlingar som är nödvändiga för justeringen av individens funktion och utveckling som människa. De hälsorelaterade behoven finns hos de personer som genomgår procedurer och behandlingar på grund av sjukdom, skador eller andra tillstånd. (Kirkevold, 2000, 149-152) Man kan mena att detta att kamrater undviker är en procedur som genomgås och detta kan påverka egenvården.

I underkategorin om *närstående*, framkom det att den svåraste biten var när de insjuknade insett vad som hade hänt och blev deprimerad. Personligheten förändrades och de upplevdes mera irriterade och orkeslösa. De närståendes uppgift i rehabiliteringen är viktig. Enligt Orem klarar kanske inte individen själv av att utföra egenvården, och behöver då hjälp av en annan människan som kan hjälpa till att främja hälsa, liv och välbefinnande. Detta bör ske på ett sådant sätt att individen själv eller hans anhöriga får hjälp att återvinna sin egenvård så långt som möjligt. (Kirkevold, 2000, 159) Enligt Dalvandi m.fl:s studie (2010) är det väldigt viktigt att stödja strokepatienter i deras nya situation genom att erbjuda lämpliga planer gällande socialt och ekonomiskt stöd, socialförsäkringar och utbildningsprogram för

strokepatienter och deras familjer. De som blev intervjuade tyckte att det var otillräckligt socialt- och ekonomiskt stöd och brist på rehabiliteringstjänster och detta ledde till problem i deras liv.

8. Kritisk granskning

Skribenten har i detta kapitel granskat sin undersökning utgående från Larssons (1994) kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Skribenten har valt tre kriterier: intern logik, konsistens och struktur.

8.1 Intern logik

Intern logik är ett av de kriterier som blivit mest använd och det uttrycks som en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik. Meningen med detta är att man inte skall binda upp sig till vissa metoder. Resultatet skall bestå av ett bakgrundkapitel där andras forskning tas upp, ofta finns också en strävan att visa upp allt det man känner till. Enligt den interna logiken skall det finnas en helhet, där olika delar relateras till helheten och de delar som inte uppfyller en funktion i helheten blir missprydnader. (Larsson, 1994, 168-170)

Skribenten anser att en logisk helhet har bildats i arbetet genom frågeställningarna, datainsamlingen och analystekniken och ett samband finns. Examensarbetet gjordes som en innehållsanalys för att få fram svaret på frågeställningarna och få bästa möjliga resultat. I resultatet har man kunnat påvisa hur stroke upplevs av de olika intervjuade.

8.2 Konsistens

Konsistens innebär enligt Larsson (1994) att en tolkning byggs upp av spelet mellan en del och en helhet. Med hjälp av delarna byggs en mening i helheten upp och meningen i varje del beror på helhetens mening. Vi kan ändra vår helhetsbild med hjälp av nya detaljer som dyker upp, och på så sätt byggs en tolkning upp. (Larsson, 1994, 183-185)

Skribenten har använt sig av artiklar av god kvalitet som hittas genom sökningar i databaser med olika ämnesord. I bakgrunden har det beskrivits om stroke från olika källor, och skribenten anser att delarna och helheten genom hela undersökningen hör ihop. Skribenten

visste inte så mycket om stroke och upplevelser av det från förut men med hjälp av undersökningen har hon lärt sig mycket.

8.3 Struktur

Enligt Larsson (1994) bör resultatet vara bra uppbyggd, där innehållet är överskådligt och allt komplicerat lämnas bort. Resultatet skall vara tydligt vilket gör att tolkningen också blir innehållsrik. Ett annat krav i denna kriterie är att diskussionen går att följa utan att viktiga saker hoppas över, vilket är den röda tråden i studien. Enligt Larsson (1994) är en bra studie beskriven som en studie där resonemangets detaljer är klara, specificerade och relevanta, oavsett om studien beskriver datainsamlingsmetoder eller hur man kommit fram till praktiska saker. (Larsson, 1994, 173-175)

Skribenten anser att det finns en röd tråd genom studien och att detaljerna är noggrant beskrivna för att alla skall ha lätt att förstå. En del av den teoretiska utgångspunkten och bakgrunden kan anses vara onödig eftersom att allt inte framkommer i resultatet, men skribenten anser att det kan vara bra för läsare att få mycket information om ämnet.

9. Diskussion

I detta arbete har skribenten velat få svar på frågan: Hur påverkar insjuknandet i stroke det dagliga livet? Syftet i detta arbete har varit att jag som blivande sjukskötare och även annan vårdpersonal skall få mera förståelse och kunskap om hur patienter upplever stroke, för att vården skall bli så bra som möjligt. Respondenten valde Dorothea Orems egenvårdsmodell som teoretisk utgångspunkt. Denna teori stämmer bra överens med arbetets tema och den gick bra att relatera till de olika upplevelserna i tolkningen i olika sammanhang.

I resultatredovisningen som delades in i 3 huvudkategorier med underkategorier framkom bland annat att många av de som insjuknat i stroke tappade kontakten med sina kamrater efter insjuknandet. Kamraterna hörde inte av sig längre, möjligtvis för att de var rädda när den drabbade hade förändrats och inte var som förut längre. Några av de drabbade tog detta väldigt hårt och kände sig ensamma, i denna tidpunkt var närståendes stöd viktigt.

En annan sak som framkom var hur viktig rehabiliteringen är för de som insjuknat i stroke, och rehabiliteringen bör starta så fort som möjligt. I rehabiliteringen är patienten själv en

viktig del men även närstående. Patienterna i dessa intervjuer hade viljan att påbörja rehabiliteringen i tidigt skede som även ledde till att många gjorde framsteg i sina svårigheter efter sin stroke. I situationer där patienten inte ännu hittat sin vilja att rehabilitera kan närstående göra stor nytta och försöka motivera patienten till rehabilitering.

En till viktig sak som framkom i resultatredovisningen var att många av de intervjuade upplevde mera trötthet efter insjuknandet och även att humöret förändrades. Även närstående märkte att de inte orkade lika mycket som förut och behövde vila mera. De märkte även att humöret förändrades, ”stubinen blev kortare” på många och vissa gled in i en depression som kunde påverka hela familjen.

Ämnet har varit mycket intressant att ta del av, det har varit lärorikt och jag kan ha nytta av detta i arbetslivet. Förhoppningsvis också andra vårdare kan ha nytta av det. Skribenten själv kommer att uppträda mera tryggt och lugnt i mötet med strokepatienter och även delta i rehabiliteringen och motivera närstående att göra samma sak. Jag kommer även att tänka på de olika svårigheterna som de strokepatienter man kommer att träffa i arbetslivet har, och då tänka tillbaka på hur de insjuknade upplevde de olika svårigheterna och utifrån det göra vården bra för patienterna.

Det största ämnet som jag anser kom fram i detta arbete som man bör tänka på i framtiden inom vården är hur ensamma de insjuknade kände sig efteråt. Ensamheten kan vara en stor orsak till att de insjuknade blir deprimerade och att humöret svänger. Ämnet bör forskas i mera för att komma på en lösning på hur man skall få en ändring på detta och hur vi som vårdare bör agera i dessa situationer, kanske behövs mera terapi och träffar med andra insjuknade för att undvika ensamheten.

Källförteckning

- Ahuja, S. S., Clark, S., Morahan, E. M., Ono, M., Mulligan, H., & Hale, L. (2013). The journey to recovery: experiences and perceptions of individuals following stroke. *New Zealand Journal Of Physiotherapy*, 41(1), 36-43
- Dalvandi, A., Heikkilä, K., Maddah, S., Khankeh, H., & Ekman, S. (2010). Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors. *International Nursing Review*, 57(2), 247-253
- Denscombe, M., 2009. *Forskningshandboken-för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Finlands Röda Kors. 2016. *Stroke*. [Online] <https://www.rodakorset.fi/lar-dig-forsta-hjalpen/forsta-hjalpen-anvisningar/stroke> [hämtat: 21.02.2016]
- Finska läkarföreningen Duodecim. 2016. *Hjärninfarkt*. [Online] http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=khr00059 [hämtat: 14.4.2016]
- Friberg, F., 2006. *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.
- Gottberg, K., 2015. *Omvårdnad vid neurologiska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod-från ide till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Holme, I. & Solvang, B., 2008. *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur.
- Hjärt-lungfonden. 2009. *Kostnaden för en stroke: 741000 kronor*. [Online] [https://www.hjartlungfonden.se/Documents/Rapporter/Sammanfattning kostnader stroke 2009.pdf](https://www.hjartlungfonden.se/Documents/Rapporter/Sammanfattning_kostnader_stroke_2009.pdf) [hämtat: 14.4.2016]
- Hjärt-lungfonden. 2016. *Livet efter stroke*. [Online] <https://www.hjartlungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Stroke/Livet-efter-stroke/> [hämtat: 27.5.2016]
- Jönsson, A-C., 2012. *Stroke-patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M., 2000, *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur

Koivula, L., 2010. *Stroke slår till utan förvarning – sök vård direkt!*. [Online] http://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/tidningar_och_material/artikelarkiv/diabetes_och_andra_sjukdomar/stroke_slar_till_utan_forvarning_sok_vard_direkt!.2306.news?1018_o=15 [hämtat: 14.01.2016]

Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K., & Kim, H. S. (2012). 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(8), 1726-1737

Käypähoito. 2016. *Aivoinfarkti*. [Online] <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=A245F4D6FB490CF0BF0623998672219C?id=hoi50051> [hämtat: 17.04.2016]

Larrson, S., 1994. Om kvalitetskriterier I kvantitativa studier. Tillgängligt i: Starrin, B. & Svensson, P-G., 1994. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Murray, V., 2015. *Stroke riskfaktorer*. [Online] <https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Stroke/Riskfaktorer-stroke/> [hämtat: 16.02.2016]

Mätzsch, T. & Gottsäter, A., 2007. *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Pilcher, M., & MacArthur, J. (2012). Patient experiences of bladder problems following stroke. *Nursing Standard*, 26(36), 39-46

Rentola, A., 2013. *Kan du säga perkele? Femton berättelser om att leva med stroke*. Helsingfors: Schildts&Söderströms.

Terént, A., 2007. *Stroke-hur man förebygger och behandlar*. Västerås: Ica Bokförlag.

Tholin, H., & Forsberg, A. (2014). Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 28(4), 822-829

Vestling, M., Ramel, E., & Iwarsson, S. (2013). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. *Work*, 45(2), 201-211

Vårdguiden., 2013. *Stroke-slaganfall*. [Online] <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Stroke--slaganfall/> [hämtat: 22.4.2016]