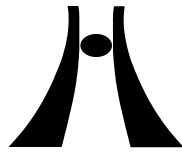


Beteckning: _____



**HÖGSKOLAN
I GÄVLE**

Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Upplevelser av livskvalitet hos personer med stroke - en litteraturstudie

*Haleh Najjar/Talie Hamtaei
September 2009*

Examensarbete C, 15 hp
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 180 Hp
Examinator: Gerth Hedov
Handledare: Urban Torstenson**

Sammanfattning

Stroke är en av de tre sjukdomar som årligen skördar flest antal vuxna liv – endast hjärtsjukdomar och cancer dödar fler. Bara i Sverige drabbas cirka 20 000 personer per år. Av dessa 20 000 Personer, räddas förstås många till livet. Sjukdomen är dock sällan komplikationsfri utan leder oftast till en rad konsekvenser, vilka i sin tur kan vara bestående såväl som temporära. Att insjukna i en stroke är en omvitnat obehaglig upplevelse – inte bara för de drabbade själva utan även för deras närmast anhöriga. De fysiska skador som ofta blir följd av en stroke, är oftast lätta att upptäcka. Något annat som inte är lika uppenbart, är den upplevelse av försämrad livskvalitet, som många patienter upplever till följd av att ha drabbats av en stroke.

Syftet med denna studie har varit att beskriva hur patienter som har drabbats av stroke upplever sin livskvalitet utifrån tre perspektiv; fysiskt, psykiskt, samt socialt. Underlaget till denna studie kommer från olika databaserna Medline, PubMed och Academic Search Elite. Genom att använda relevanta sökord på engelska så påträffades de artiklar som sedan använts i studien. Totalt har 17 artiklar granskats för att besvara studiens frågeställning. Artiklarnas relevans för studien varierade. Tillsammans bidrog dock alla 17 separata artiklar till förståelsen av problemställningen.

Resultatet av undersökningen visade att personer med stroke upplever förändringar i sin livskvalitet när det gäller den psykiska, fysiska samt det sociala perspektivet. De försämringar som äger rum i samtliga perspektiv kan avvärjas med hjälp av bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal samt mellan anhöriga och vårdpersonal. En försämring av det ena perspektivet, innebär alltså även att de andra två perspektiven löper en överhängande risk att försämrans.

Nyckelord: stroke, livskvalitet, omvårdnad

Abstract

Stroke is one of the third most common diseases among adults today. Only in Sweden there's approximately 20 000 persons that get diagnosed with stroke. Those who survive stroke have to live with the consequences, permanent as well as temporary. To suffer from stroke is an unpleasant experience, not only for those who suffer stroke, but also for their family and relatives. Apart from the psychical damages that arise from stroke, the patients also experience variation in their quality of life.

The aim of this study is to describe how stroke patients experience their own quality of life from a physical, mental and social point of view. The basic data which is the foundation for this study were found in the databases Medline, PubMed and Academic Search Elite. The searches were made with simple keywords to find the relevant articles. In total, 17 articles were reviewed in order to answer the question of the study. Although the relevance of the articles were varying, they all had in common that they contributed to an understanding for this study.

The result of this study shows that people who suffer from stroke experiences have changes in their quality of life when it comes to the mental, physical and the social sphere. The decreases in their quality of life, no matter which sphere, can improve with better communication between patient and caregivers and to relatives and caregivers. Nevertheless, the different spheres are linked each other, and a decrease in quality of life in one sphere, often affects another.

Keywords: Stroke, quality of life, nursing

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION	1
1.1 Livskvalitet	3
1.2 Problemområde	5
1.3 Syfte	5
1.4 Frågeställning	5
2. METOD	5
2.1 Design	5
2.2 Databaser	6
2.3 Sökord	6
2.4 Utfall av sökning	6
2.5 Kriterier för urval	6
2.6 Valda källor	7
2.7 Dataanalys	12
2.8 Forskningsetiska övervägande	12
3. RESULTAT	13
3.1 Fysiska perspektiv	18
3.2 Psykiskt perspektiv	19
3.3 Socialt perspektiv	20
4. DISKUSSION	21
4.1 Huvudresultat	21
4.2 Resultat diskussion	22
4.3 Metod diskussion	25
4.4 Allmän diskussion	26
5. REFERENSER	28

1. INTRODUKTION

Grovt förenklat är stroke ett samlingsnamn för sjukdomar i hjärnans blodkärl. Den vanligaste form av stroke är hjärninfarkt, vilket innebär att en propp av stelnat blod täppar till blodkärlen i hjärnan, vilket i sin tur ofta resulterar i syrebrist. I cirka 15 procent av fallen beror en stroke på att individen har drabbats av hjärnblödning. När det gäller hjärnblödning, skiljer man på blödningar inne i hjärnan som orsakas av bristning i ett blodkärl och på blödningar som orsakas av ett pulsåderbräck. (Socialstyrelsen, 2005).

Begreppet *stroke* kan alltså avse såväl hjärninfarkt som hjärnblödning. I dagligt tal används även många gånger begreppet blodpropp. Stroke är en av våra allra största folksjukdomar och bara i Sverige insjuknar cirka 20 000 personer varje år (Strokeförbundet, 2009).

Åttiofem procent av dem som drabbas av stroke har fått en hjärninfarkt medan resterande 15 procent har fått hjärnblödning. Medelåldern för de som drabbas av stroke är 75 år. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologisk funktionsnedsättning hos vuxna. Sjukdomen har också hög offer – endast hjärtsjukdomar och cancer skördar årligen fler offer. Stroke antas ofta felaktigt vara en sjukdom som uteslutande drabbar äldre personer. I själva verket är ca 20 procent av dem som drabbas under 65 år. Tre fyra procent av dem som drabbas, är inte ens 40 år fyllda. Hälften av dem som drabbas av stroke i unga år, får en hjärnblödning. Stroke är den somatiska sjukdom som kräver flest vård dagar på sjukhuset. År 2000 beräknades samhällskostnaden vara cirka 12 miljoner kronor. I Skandinavien drabbas 50 000 personer per år. Tjugo tusen av dessa drabbade är svenskar, medan mellan 10 000 och 15 000 är danskar. Stroke frekvensen är hög och förväntas stiga med ett ökat åldrande. Dödligheten i sjukdomen är hög. Jämfört med tidigare år, överlever dock allt fler drabbade. År 1995 kom Helsingborgs deklARATION, vars målsättning var 30 dagar överlevnad för mer än 85 procent av de personer som drabbades av stroke. Denna målsättning har uppnåtts i såväl Danmark som Sverige. Åtminstone 70 procent av de överlevande skrivs numera ut från sjukhus. Cirka 40 procent av de överlevande som inte behövde hjälp hemma innan sin stroke, behöver dock hjälp efter sin stroke (Muus & Ringsberg, 2005).

En dominerande orsak till detta är arteriovenous *malformation* (AVM), det vill säga en artär – och venmissbildning. Förutom de synliga funktionshinder som strokepatienter lider av existerar även många dolda. Exempel på de senare är bland annat depression, extrem trötthet och koncentrationssvårigheter. I de flesta fall kan rehabilitering hjälpa den drabbade att återfå sina förlorade synliga förmågor. Enbart rehabilitering räcker dock sällan för att avhjälpa de icke somatiska besvär som kan uppstå (Stone, 2005).

En patient som överlever stroke kan uppleva en varaktig försämring, till exempel i form av förlamning och afasi. Dessa och andra direkta konsekvenser av stroke kan påverka olika aspekter av patientens psykologiska och sociala välmående, inklusive dagliga aktiviteter, kognitiva och känslomässiga störningar (Teasdale & Engberg, 2005).

Den som drabbas av stroke upplever såväl synliga som dolda funktionshinder. De synliga åsyftar fysiska funktionsnedsättningar som *afasi*, *dysfagi* och *halvsidig förlamning/nedsättning* medan de dolda funktionshindren innefattar främst *trötthet* och *koncentrationssvårigheter* (Strokeförbundet, 2009) .

En stroke påverkar den drabbade på många olika sätt. Det finns studier som visar att 60 till 80 procent av stroke patienter upplever att deras uppfattningsförmåga har försämrats drastiskt. Försämring består framförallt av att förmågan att snabbt hämta in information, blir nedsatt. Vidare visas att mellan 50 och 70 procent av dem som drabbats av stroke, upplever ”mental tröghet”. Med mental tröghet menas att patienten upplever en obehaglig känsla av att inte kunna utföra en aktivitet med tillräcklig tid att reflektera över handlingen, vilket i sin tur får till följd att patienten inte har möjlighet att utföra aktiviteten i sitt vardagliga liv (Winkens, Heugten, Fasotti, Duits & Wade, 2006).

En avsevärd andel av de patienter som överlever en stroke, har också låg Health related quality of life (HRQoL). Med HRQoL menas de aspekter av livskvaliteten som påverkas av sjukdomar (Sturm, Donna, Dewey, Macdonell, Gilligan, Srikanth & Thrift, 2004).

De flesta av de som drabbades av en stroke, trivdes med arbetet som de hade innan sjukdomen slog till. För många yngre strokepatienter, är därför den viktigaste målsättning under rehabiliteringsprocessen, att komma tillbaka till arbetet som de hade innan stroke. Att få möjlighet att gå tillbaka till sitt normala arbetsliv kan vara en viktig del i rehabiliteringsprocessen för många. Trots att arbete onekligen är en viktig del av en människas livskvalitet, är det dock än så länge ovisst hur viktig denna målsättning är som

motivering. En persons livskvalitet delas in i två olika kategorier: *objektiv* och *subjektiv*. Ett exempel på den subjektiva dimensionen är hur mycket en person som drabbats av en stroke,

har förmåga att njuta av sitt liv. En person som drabbats av stroke, är generellt sett mer benägen att se negativt på livet. Studier som inriktat sig på arbetsförmåga efter en allvarig sjukdom, fokuserar oftast på kliniska faktorer som diagnoser. Försämringar, vård eller objektiva persna faktorer såsom kön och ålder är viktiga faktorer (Vestling, Ramel & Iwarsson, 2005).

En individs uppfattning om sin egen livskvalitet beror bland annat på position, miljö, kultur, motivation, socialstöd, familj/anhöriga, depression, ångest, funktionell svaghet, och bristande förmåga, och allt detta kan i sin tur bero på individens egna mål och förväntningar (Bluvol & Ford-Gilboe, 2003).

1.1 Livskvalitet

Definitionen av begreppet *livskvalitet* är inte entydigt och är inte något som låter sig mätas på ett enkelt sätt. En av många existerande definitioner är den som uttrycks av World Health Organisation (WHO) och som även kommer att ligga som grund i denna studie. Enligt WHO är livskvalitet:

”The individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value system and in the relation to their goals, expectations, standards and concerns. It incorporates in a complex way an individuals’ physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationships to salient features of the environment” (WHO, s. 76. 2009).

Livskvalitet definieras alltså som individens egen värdering av sin fysiska och psykiska hälsa och tillfredsställelse med sin sociala situation. Vi bör dock ha i åtanke att varje individs definition och uppfattning av livskvalitet inte bara är minst sagt subjektiv utan även föränderlig över tid.

”Quality of life” is an important but poorly defined outcome in health care research” (WHO, s.76. 2009).

Citatet åskådliggör betydelsen av livskvaliteten i hälsovården utan också även problematiken med att en gemensam tolkning inte alltid är något självklar.

”The idea of quality of life as happiness dominated responders’ definitions. We argue that the term may be used in both a technical sense (an outcome) and in a broad colloquial sense, without necessarily distinguishing between the two. Clarification of the concept and its uses is required if recent calls to introduce quality of life assessment in clinical care are to be feasible” (WHO, s.76, 2009).

Trots att konceptet om livskvaliteten i hälsovården generellt har kommit att ta en allt större plats så finns det fortfarande skilda meningar om vad konceptet egentligen innebär. En annan svårighet med att undersöka livskvalitet är frågan huruvida vi kan bedöma patienternas erfarenheter inom denna aspekt. Olika metoder och tillvägagångssätt kan därför många gånger kollidera med varandra och ge olika resultat.

McKevitt , Redfern, La- Placa & Wolfe (2003) har med hjälp av tre olika metoder försökt att definiera vad livskvalitet innebär för patienterna. De metoder som används i deras studie är följande; frågeformulär – med öppna och slutna frågor till strokespecialister i syfte att lyfta fram en definition, stickprovs *urval* bestående av tre olika yrkesgrupper som handskas med strokepatienter; läkare, sjukgymnaster och terapeuter samt data *analyser* av de två nämnda.

För att definiera begreppet livskvalitet, använder sig McKevitt m.fl.(2003) av nio olika subkategorier:

- *Socialt*: förmågan att njuta av sociala sammanhang med familj, vänner och diverse aktiviteter.
- *Glädje*: benägenhet att njuta av livet, känsla av värdighet, fysisk förmåga, livsval samt en allmän känsla av livet är värt att leva.
- *God hälsa*
- *Fysiken*: Att kunna fungera i det dagliga i livet och vara självförsörjande i de fysiska aspekterna.
- *Det mentala*: mentalt välmående, känsla av kontroll och mental stabilitet.
- *Subjektivitet*: åsyftar det faktum att livskvalitet är subjektiv och därför upplevs olika från person till person.
- *Självständighet*
- *Odefinierbart*: åsyftar det faktum att begreppet livskvalitet inte kan definieras fullt ut
- *Övrigt*: inkluderar ”vet ej”

1.2 Problemområde

Forskning tyder på att okunskap om stroke i allra högsta grad kan påverka aspekten av livskvalitet. Såväl patientens syn på sin egen livskvalitet som patientens faktiska förbättring, är beroende av kunskap om sjukdomen. Även vårdpersonalen kan i hög utsträckning påverka en enskild individs livskvalitet, då de besitter såväl kunskap som möjlighet att informera de drabbade och deras anhöriga. Genom att medvetet fokusera på de drabbade behov, kan inte bara patienternas livskvalitet förbättras utan man kan även minska de permanenta komplikationerna som ofta blir följd av en stroke. Antalet personer som drabbas av stroke, förväntas öka i takt med att de äldre blir allt fler i vårt samhälle. Det finns dock vetenskapligt stöd för att vissa åtgärder inom stroke sjukvården inte bara minskar dödligheten i stroke utan också ökar funktionsnivån hos de patienter som överlever. Patienter med stroke vårdas av förklarliga skäl på en rad olika avdelningar inom vårdsektorn. Det är därför viktigt för samtliga sjuksköterskor att få en djupare förståelse för strokepatienter, för att kunna bemöta dessa patienter på ett så adekvat sätt som möjligt.

Denna studie vill fastställa hur strokepatienterna upplever sin livskvalitet. Detta för att bidra till en ökad kunskap och förståelse för att i sin tur möjliggöra en bättre vård. Det är även viktigt att kartlägga de samband som finns mellan de fysiska, psykiska och sociala perspektiven av patienternas livskvalitet, då dessa samspelar och inte kan isoleras ifrån varandra.

1.3 Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva hur personer som drabbas av stroke upplevde sin livskvalitet ur ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv.

1.4 Frågeställning

Hur upplever personer som drabbas av stroke sin livskvalitet utifrån ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv?

2. METOD

2.1 Design

Studien är en litteraturstudie med en beskrivande design.

2.2 Databaser

Underlaget till denna studie kommer från databaserna Academic Search Elite, Medline via PubMed.

2.3 Sökord

De sökord som har använts är följande; *Stroke, quality of life, nursing* och *afasi*. Dessa har sökts både som enskilda ord samt i kombination med varandra (se 2.4 Utfall av sökning, tabell 1).

2.4 Utfall av sökning

TABELL 1. Sökord, databaser och utfall inom området stroke och livskvalitet

Sökord	Databas	Antal träffar	Tänkbara artiklar	Använda artiklar i resultatet
Stroke and nursing	Medline (via PubMed)	305	10	6
Stroke and aphasia	Medline (via PubMed)	47	5	3
Stroke and nursing	Academic Search Elite	150	10	6
Stroke and nursing and quality of life	PubMed	132	8	2
				<u>Summa:</u> 17

2.5 Kriterier för urval

Inklusionskriterier var att artiklarna skall vara skrivna på engelska eller svenska samt handla om livskvalitet för patienter som har drabbats av stroke från år 1996 och framåt.

Vidare kommer artiklarna att kritiskt granskas utifrån studiens och frågeställningens syfte och kvaliteten kommer att bedömas och värderas utifrån frågeställningar rörande arbetets design, metod, resultat och slutsats (Forsberg & Wengström, 2003).

2.6 Valda källor

Sammanlagt 17 artiklar inkluderades i studien. Artiklarna som uppfyllde kriterierna redovisas i tabell 1.1. Kvalitetsbedömningen av artiklarna beskrivs med hjälp av siffrorna 1-6. Siffrorna förklaras efter tabellen

TABELL 1.2 Valda källor till resultatet

Författare/År	Titel	Design/Metod	Undersökningsgrupp/ Urval	Reliabilitet/Validitet	kvalitetsbedömning
Addington-Hall, J., Lay, M., Altmann., & MacCarthy, M. 1996	Community care for stroke patients in the last year of life: results of a national retrospective survey of surviving family, friends and officials	Sekundär kvantitativ analys med frågeformulär	N=111 Strategiskt urval	Hög validitet och reliabilitet	Beskrivande statistik 1, 2, 4, 5, 6
A van der Gaag m.fl. 2005	Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six month follow up study	Kvalitativ semi-strukturerade intervjuer. Före och efter studie (med sex månaders mellanrum)	N=60 Strategiskt randomiserat urval	Hög validitet och reliabilitet	1, 2, 3, 4, 5,
Barskova, T & Wilz, G 2006	Psychosocial functioning after stroke: Psychometric properties of the patient competency rating scale	Kvantitativ jämförande studie	N=150 Strategiskt urval	Hög validitet och hög reliabilitet	Beskrivande analys 1, 2, 3, 4, 5, 6

Författare/År	Titel	Design/Metod	Undersökningsgrupp/ Urval	Reliabilitet/Validitet	kvalitetsbedömning
Bendz, M. 2003	The first year of rehabilitation after a stroke- from two perspectives	Kvalitativ jämförande studie. Jämförande analys	N=15 Strategiskt urval	Hög validitet och reliabilitet	1, 3, 4, 5
Bocchi, S & Angelo, M 2008	Between freedom and reclusion: social support as a quality-of-life component in the family caregiver dependent person binomial	Kvalitativ ostrukturerade intervjuer Grounded theory	N=10 Randomiserat urval	Ganska hög validitet och ganska hög reliabilitet	3 *, 4, 5, 6
Boter, H. 2004	Multicenter randomized controlled trial of an outreach nursing support program for recently discharged stroke patients	Kvantitativ Standardiserad studie. Beskrivande analys	N=536 Randomiserat urval	Hög validitet och reliabilitet	1, 4, 5
Brereton, L & Nolan, M. 1998	"You do know he's had a stroke, don't you?" Preparation for family care-giving- the neglected dimension	Kvalitativ litteraturstudie. Beskrivande och jämförande studie	N=35 (antal artiklar) Randomiserat urval	Ganska hög validitet och hög reliabilitet.	1, 4, 5

Författare/År	Titel	Design/Metod	Undersökningsgrupp/ urval	Reliabilitet/Validitet	kvalitetsbedömning
Cameron & M.A.M, Gignac, 2007	“Timing it right”: A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home	Teoretisk översikt och kvalitativ granskning ”Timing it right” - modellen	N= 2 (Vårdtagare och vårdgivare) Strategiskt urval	Hög validitet och hög reliabilitet	2, 3, 5, 6
Choi, J.H mfl. 2004	Effects of sun-style Tai Chi exercise on physical fitness & fall prevention in fall- prone older adults	Kvasi-experimentell studie Cohens analys	N=68 Strategiskt urval	Låg validitet och hög reliabilitet	3, 4, 5
Hart, E 1999	The use of pluralistic evaluation to explore people’s experiences of stroke services in the community	Utvärderande kvalitativ och kvantitativ studie	N=113 Strategiskt urval	Hög validitet och reliabilitet	Smith & Cantleys pluralistiska metod för utvärdering 1, 2, 4, 5, 6

Författare/År	Titel	Design/Metod	Undersökningsgrupp/ urval	Reliabilitet/Validitet	kvalitetsbedömning
Lindsay, P., Bayley, M., Mcdonald, A., Graham, I., Warner, G & Phillips, S. 2008	Toward a more effective approach to stroke: Canadian best practice recommendations For stroke care	Kvalitativ studie. Tvärvetenskaplig studie	N=1 (Kanada) Strategiskt urval	Ganska hög validitet och hög reliabilitet.	1, 2, 4, 5, 6
Lotus Shye m fl. 2007	Psychometric testing of the SF-36 Taiwan version on older stroke patients	Beskrivande kvalitativ studie psykometrisk analys	N=87 randomiserat urval	Låg validitet och hög reliabilitet	2, 4, 5, 6 *
Macko, R m.f.l, 2005	Treadmill exercise rehabilitation improves ambulatory function and cardiovascular fitness in patients with chronic stroke: A randomized controlled trial	Jämförande kvantitativ och studie Jämförande analys	N=61 Strategiskt urval	Låg validitet och hög reliabilitet	1, 2, 3, 4, 5
McKevitt, C mfl. 2003	Defining and using quality of life: a survey of health care professionals	Kvalitativa strukturerade intervjuer. Chi- squared tests of significance	N=1525 Strategiskt urval	Ganska hög validitet och hög reliabilitet	1, 2, 4, 5

Författare/År	Titel	Design/Metod	Undersökningsgrupp/ urval	Reliabilitet/Validitet	kvalitetsbedömning
Rensink, M m.fl. 2008	Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review	Kvantitativ undersökande litteraturstudie Innehållsanalys	N=42 (antal artiklar)	Ganska hög validitet och hög reliabilitet	1, 2, 4, 5
Sturm, J.W m.fl., 2004	Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence study (NEMESIS)	Kvantitativ dataanalys AQoL - instrumentet	N=266 Strategiskt urval	Ganska hög validitet och hög reliabilitet	1, 2, 3, 4, 5, 6
Westergren, A 2006	Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review	Systematic kvantitativ litteraturstudie	N= 234 (antal artiklar)	Låg validitet och hög reliabilitet	Jämförande analys(Medline användes) 1, 2, 4, 5, 6

Kvalitetsbedömning:

1= Bra metodbeskrivning

2= urvalsgruppen bra beskriven

3= bortfall diskuterat

4= forskningsetiska överväganden finns med

5= resultat svarar på syfte och frågeställningar

6=författarna diskuterar styrkor och svagheter

* =otydligt beskrivet

Kriterierna för kvalitetsbedömningen har gjorts utifrån Forsberg och Wengström, (2003). Samtliga artiklar har bedömts utifrån ovanstående kriterier

2.7 Dataanalys

Sammanlagt är det 17 artiklar som har inkluderats som underlag för denna studie. Artiklarna har studerats och lästs i syfte att besvara studiens frågeställning. Därefter har artiklarnas olika perspektiv lyfts fram och sammanställts i tabell 1.2 för att möjliggöra en enkel överskådlighet och få fram artiklarnas huvudsakliga innehåll på ett koncist sätt. Författarna av studien har medvetet letat efter att finna såväl likartade såväl som skilda åsikter i de granskade artiklarna. När artiklarna lästes igenom fann författarna återkommande meningar och utsagor som svarade mot syfte och frågeställning. Meningarna och utsagorna jämfördes och diskuterades mellan författarna och resultatet presenteras under *fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv*.

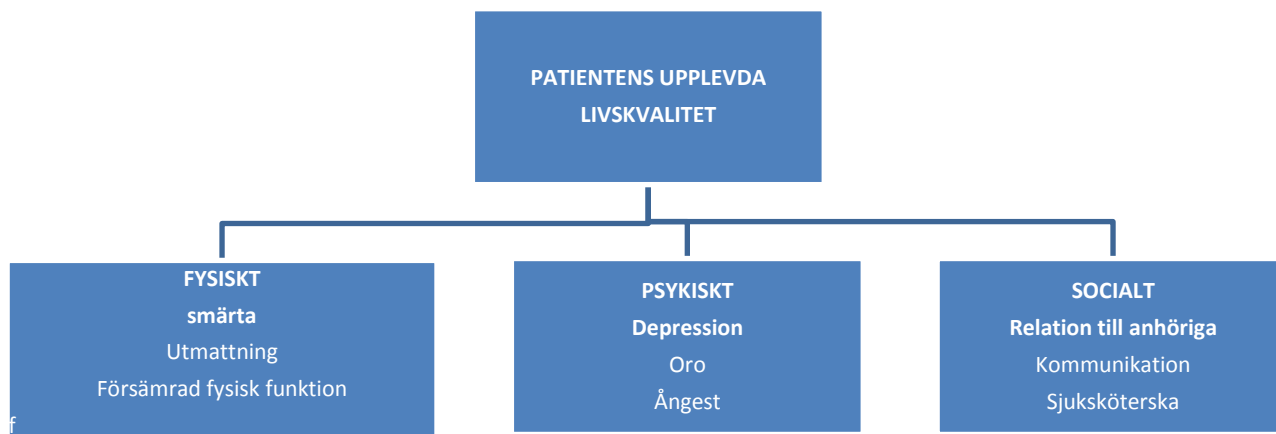
2.8 Forskningsetiska överväganden

Artiklarna som har använts i denna studie är primärkällor. Samtliga artiklar har alltså publicerats i vetenskapliga tidskrifter och stämmer väl överens med autenticitet som nämnt ovan. Samtliga artiklar har därför redovisat giltiga och godtagbara etiska överväganden innan de har valts. Även den systematiska utsällningen av materialet möjliggjorde detta. Vidare har risken för författarens subjektivitet minskats på grund av att hänsyn har tagits till inklusionskriterier.

3. RESULTAT

Resultat i de artiklarna som valts tillföreliggande studies resultat presenteras i tabell 1.2.

Resultatet presenteras i löpande text under rubriker .



Tabell 1. 2 I resultatet inkluderade artiklar.

Författare/Årtal	Titel	Syfte	Resultat
Barskova, T & Wilz, G 2006	Psychosocial functioning after stroke: Psychometric properties of the patient competency rating scale	Att mäta psykometrisk funktionering med hjälp av PCRS (Patient Competency Rating Scale), kan man undersöka de långtidseffekter som terapi och rehabilitering har för strokepatienter	Det krävdes modifieringar av PCRS för att kunna genomföra godtagbara mätningar av de långtidseffekter som terapi och rehabilitering har för strokepatienter
Bendz, M. 2003	The first year of rehabilitation after a stroke- from two perspectives	Vill visa de olika sätt som stroke drabbade och deras yrkes vårdare uppfattar komplikationerna av en stroke.	Känslan av att ha förlorat kontrollen över sitt liv och rädslan för ett återfall är vanliga exempel på komplikationer som ofta blir följden av en stroke. Det är viktigt att stroke drabbade och vårdare sätter gemensamma mål och har en bra kommunikation sinsemellan.
Bocchi, S & Angelo, M 2008	Between freedom and reclusion: social support as a quality- of-life component in the family caregiver dependent person binomial	Undersöker hur socialt stöd fungerar för vårdgivare och stroke patienter.	Ett socialt stöd spelar en stor roll för såväl vårdgivare som patienter. Stödet påverkar deras upplevelse, vilket i sin tur har betydelse för livskvalitet .
Boter, H. 2004	Multicenter randomized controlled trial of an outreach nursing support program for recently discharged stroke patients	Undersöker effektiviteten av ett utsträckt vårdprogram	De Patienter som ingick i det utsträckta vårdprogrammet påvisade bättre resultat när det gällde den emotionella delen, i övrigt påvisades dock inga större statistiska skillnader.
Brereton, L & Nolan, M. 1998	”You do know he’s had a stroke, don’t you?” Preparation for family care-giving- the neglected dimension	Ger en överblick av olika studier som behandlar vårdarnas synvinkel.	Vårdarna upplever huvudsakligen är att de vill veta vad det rör sig om, hur de handskas med själva jobbet.
Cameron ,J, I.,& Gignac,M,A.M. 2007	“Timing it right”: A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home	Lyfta fram och diskutera familjevårdarnas behov av utbildning och stöd .	Anhörigas behov är viktigt och måste tillgodoses – inte minst för att patienten ifråga ska kunna få rätt stöd och vård.

Författare/Årtal	Titel	Syfte	Resultat
Choi, J.H mfl. 2004	Effects of sun-style Tai Chi exercise on physical fitness & fall prevention in fall- prone older adults	Bedöma förändringar av den fysiska konditionen hos äldre stroke patienter (såsom balans, flexibilitet och rörlighet) utefter en 12 veckors <i>sun-style Tai Chi</i> .	De personer som genom gick det 12 veckor långa <i>sun-style Tai Chi</i> träningsprogram, påvisade klara förbättringar i muskelstyrka, rörlighet, flexibilitet och balans jämfört med de som inte genomgick träningsprogrammet.
Gaag, A,V m.fl. 2005	Therapy and support services for people with long- term stroke and aphasia and their relatives: a six month follow up study	Undersöka hur afasi terapi påverkar patientens livskvalitet.	Afasiterrapi förbättrar patienternas livskvalitet och hjälper även anhörig och vårdpersonal att kommunicera med dem som drabbats.
Hart, E 1999	The use of pluralistic evaluation to explore people's experiences of stroke services in the community	Undersöka stroke patienternas och de icke formella vårdgivarnas upplevelser med hjälp av PCSS (Pilot Community Stroke Service).	Användningen av PCSS har visat både styrkor och svagheter. En svaghet har varit att detta tillvägagångssätt inte lyfter fram de sociala konflikterna i vården, utan den förmår att visa vårdgivarnas och stroke partiernas upplevelse undersökt med hjälp av PCSS.
Lindsay, P., Bayley, M., Mcdonald, A., Graham, I., Warner, G & Phillips, S. 2008	Toward a more effective approach to stroke: Canadian best practice recommendations For stroke care	Hitta olika lösningar I form av rekommendationer i syfte att förstå och förbättra vård för stroke patienter, med fokus på Kanada.	En förbättrad stroke vård behövs i Kanada och för att uppnå detta behöver problemen först identifieras ytterligare och därefter avhjälpas med ledning av olika rekommendationer.

Författare/Årtal	Titel	Syfte	Resultat
Marko, R, F m.fl., 2005	Treadmill exercise rehabilitation improves ambulatory function and cardiovascular fitness in patients with chronic stroke: A randomized controlled trial	Undersöker om T-AEX (Treadmill Aerobic Training) är mer eller mindre effektiv än konventionell rehabilitering för att förbättra ambulatory funktion och kardiovaskulär fitness hos patienter med kronisk stroke.	T-AEX har inte bara visat sig vara mer effektiv än konventionell rehabilitering, utan förbättrar även patienternas situation mer än vad konventionell rehabilitering förmår göras
McKevitt, C mfl. 2003	Defining and using quality of life: a survey of health care professionals	Definiera yrkesmännens tydning av livskvalitet.	Definitionen av livskvalitet skiljer sig mycket åt beroende på vem man frågar och vilket sammanhang som åsyftas. Dock argumenterar författarna att konceptet kan användas i två huvud kategorier; dels i en teknisk mening som fokuserar på resultatet dels i vardagsspråket.
Mitchell, P, H m.fl. 2008	Living well with stroke: design and methods for a randomized controlled trial of a psychosocial behavioral intervention for post stroke depression	Undersöka den kortsiktiga samt långsiktiga effekten av en ny åtgärd med antidepressive behandling i syfte att minska poststroke depression.	Resultatet visar att depressiva symptom minskar på lång sikt och att patienterna får ökad lust att utföra olika aktiviteter.
Rensink, M m.fl. 2008	Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review	Artikeln är en undersökning för att förse med en översikt av diverse litteraturs bevis för uppgifts orienterade träning för stroke patienter, vårdare samt patienternas anhöriga	Jämfört med traditionell terapi, visar uppgifts -orienterade träning stora fördelar . Inte bara de funktionella resultaten förbättras, utan även hälso aspekten av livskvaliteten hos stroke patienterna förbättras avsevärt.

Författare/Årtal	Titel	Syfte	Resultat
Shyu, Y-I, L m fl. 2007	Psychometric testing of the SF-36 Taiwan version on older stroke patients	Uppskatta de psykometriska egenskaperna av SF-36 på en grupp äldre strokepatienter I Taiwan.	SF-36 i denna version har påvisat både god reliabilitet och validitet när den testades på stroke patienter under övergångsperioden från sjukhuset till hemmet, samt under tiden efter utskrivningen.
Sturm, J.W m.fl., 2004	Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence study (NEMESIS)	Undersöka HRQoL hos patienter två år post stroke för att kunna definiera den avgörande faktorn av HRQoL hos stroke patienter.	En betydande del av stroke patienterna har väldigt låg HRQoL. Men en lyckad rehabilitering kan dock förbättra denna, oberoende av den fysiska förbättringen.
Westergren, A 2006	Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review	Att systematiskt fånga och utvärdera den typ av litteratur som behandlar non- instrumental och non- invasive screening metoder vid diagnostisering av ät svårigheter.	Det bästa sättet att upptäcka stroke – patienternas svårighet att äta är via SSA metoden (Standardized bedside Swallowing, Assesment).

3.1 Fysiskt perspektiv

När det fysiska perspektivet diskuteras, åsyftas de rent fysiska konsekvenser som patienten får lida av till följd av sjukdomen. Exempel på fysiska konsekvenserna är fysisk utmattning och försämrad fysisk funktion. Tanken är alltså att förstå hur det fysiska perspektivet påverka patientens livskvalitet.

Macko m.fl. (2005) undersökte huruvida *Treadmill Aerobic Training* (T-AEX) är mer effektiv än traditionell rehabilitering för patienter med kronisk stroke. Studiens resultat är att T-AEX förbättrar den fysiska rörlighet och den kardiovaskulära konditionen. Traditionell rehabilitering däremot fokuserar på hur det är för patienten under den akuta tiden med hjälp av terapi under de första månaderna. Målet är att förbättra den försämrade rörligheten samt det dagliga livets aktiviteter. Problematiken bakom detta är att många patienter utskrivs utan en fullständig återhämtade (Macko m.fl, 2005).

”Based on animal studies and increasing clinical evidence that task- repetitive training can induce adaptive neuroplasticity, treadmill training has emerged as a strategy to promote locomotor recovery after stroke.” (ref med sidhänvisning)

Sammanfattningsvis visar studier att T-AEX förbättrar konditionen och samtidigt minskar E-kost (energiberikad kost) av *hemiparetic gång*. Detta gör T-AEX överlägsen jämfört med traditionell träning för att förbättra kardiovaskulär kondition och funktionell rörlighet. Uppgiftsorienterad rehabilitering är en annan effektivt metod som kan äga rum på såväl sjukhus som i hemmiljö. Definitionen av uppgiftsorienterad rehabilitering inkluderar ett antal åtgärder såsom träning (*T – AEX*), promenader, cykelprogram, uthållighetsträning och diverse balans övningar (Rensink, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir, 2008).

Tre systematiska undersökningar har hittats som fokuserar på strokepatienternas förbättring av fysisk kondition. En undersökning visar att aerobicsträning, statistiskt sett, har fördelaktiga effekter på snabbhet och uthållighet när det gäller att gå/promenera. Alla tre undersökningarna, visar de effektivaste övningarna för patienterna, ifråga, är de övningar där fokus ligger på att lösa en uppgift. Orsaken till detta, är att dessa uppgifter känns mer meningsfulla för patienten att utföra. Det amerikanska hjärtsamfundet (*The American Heart Association*) rekommenderar att strokepatienters rehabiliteringsövning ska inkludera cirkelövningar och balansträning. Vidare menar de att det är viktigt att den vård som ges till

strokepatienter, ges på ett stimulerande sätt som ger patienten möjlighet att ta emot rehabiliteringsövningen. (Rensink m.fl, 2008).

3.2 Psykiskt perspektiv

Det psykiska perspektivet beskriver de känslomässiga upplevelsorna hos patienten som påverkar deras livskvalitet. Ur ett psykiskt perspektiv är ångest och depression är två vanligaste orsakerna till en försämrad livskvalitet Även oro ryms under detta perspektiv.

Patienter har uttryckt att behov av känslomässigt stöd och omvårdnad, är stort. För att kunna tillgodose det nödvändiga behovet är det dock viktigt att detta görs på ett individuellt sätt så att behandlingen verkligen uppfyller det behov som finns. En stor andel av strokepatienterna lider av kommunikationssvårigheter, även kallat afasi. Jämfört med patienter som inte drabbats av afasi, lider de som drabbas av kommunikationssvårigheter till följd av stroke, generellt sett av en psykisk försämring. Dessa försämringar kan bland annat yttra sig i en ökad risk för post depression (Gaag m.fl., 2005).

De flesta strokepatienterna botas från sin afasi inom en period av tre första månaderna efter stroke i fråga. Orsaken till detta är enkel. Under de tre första månaderna efter en stroke, finns nämligen störst möjlighet att förbättra tillståndet för den drabbade. Studier visar att afasi terapi under den akuta fasen, resulterar i en mer effektiv förbättring. Studier av dessa slag har dock en akilleshäll, på grund av sina begränsade detaljer kring frekvens och varaktighet av själva ingripande, är det nämligen mycket svårt att jämföra de olika studierna med varandra. Något annat som drabbar många strokepatienter, är post stroke depression (PSD) . PSD kan förebygga/ mildras med hjälp av ingripande och antidepressiva preparat. Redan efter 6 till 24 månader efter en, stroke kan ingripande och antidepressivt minska begränsningar i deltaganden av olika slag samt det sociala livet. Ca 33 procent av strokepatienterna drabbas av depression (Mitchell, 2008).

”Patients with PSD, compared with no depressed post stroke patients, have more functional dependence, poorer cognitive status, increased medical costs, impaired rehabilitation response, delayed return to social function, and delayed return to work.” (ref med sidhänvisning)

De konsekvenserna som nämnts ovan, kan inträffa i ett tidigt stadium eller upp till två år efter det att stroke har ägt rum. Studier visar att depression under de första fem månaderna efter en stroke, inte bara ökar risken för långvarig depression utan även ökar risken för att dö.

Studier visar att psykologiska förebyggande syfte, är mycket effektiva åtgärder. Psykoterapi bör äga rum med samspel av antidepressivt och i att lyckas förebygga depression istället för endast terapi, eller endast medicinering. (Mitchell , 2008).

3.3 Socialt perspektiv

Hur patienterna uppfattar det stöd som de får av sin omgivning, är en grundläggande del av det sociala perspektivet. Hur familjen, vännerna och sjuksköterskorna/sjukvårdarna är gentemot patienten ifråga samt hur relationen är dem emellan spelar en viktig roll. Ett väl fungerande socialt perspektiv, underlättar för såväl patienten som deras anhöriga, när det gäller att handskas med den nya vardag som de ställs inför.

Det finns många studier som hur viktigt det är att patienternas vårdare (anhöriga) är väl informerade och känner sig säkra i sin roll. Orsaken är inte bara att relationen mellan vårdare och patient påverkas positivt, utan även att patientens möjligheter till förbättring ökar, betydelsen av att intensifiera vården och ha den på ett kontinuerligt plan upprepas i flera studier. Cameron och Gignac, (2008) tar upp aspekten om familjevårdare och menar att det finns ett stort behov av kontinuerligt stöd för strokepatienter samt deras anhöriga. Författarna lyfter fram familj vårdarnas behov och diskuterar fem olika faser av stöd för vårdgivare. De fem faserna som också är uppställda i rangordning är;

(1) *händelse/diagnos*- eftersom detta är den akuta initiala aspekten, så ligger fokus på att snabbt ställa rätt diagnos för att på så sätt kunna ge lämplig behandling. På det känslomässiga planet är det viktigt att, de kunna prata med någon och kommunicera om snabbt behandlingen.

(2) *stabilisering* – på detta stadium ligger fokuseringen på mobilisering. Det är viktigt för de anhöriga att förstå orsaken till händelsen samt behovet av vård. *Medvetenhet* är ett viktigt koncept här. Vidare är det i detta stadium som träning börjar bli en viktig del., exempelvis mental träning med hjälp av rehabilitering.

(3) *förberedelse* – denna fas påbörjas strax innan patienten blir utskriven från sjukhuset. Socialt stöd är viktigt för att mildra patientens såväl som den anhöriges oro.

(4) *implementering* – denna fas åsyftar de första månaderna efter patienten har utskrivit ut. Här ligger fokus på ett kontinuerligt informationsflöde och aktiviteter. Ambitionen är att kunna förse patienten med den trygghet och det stöd som behövs för att minska framtidens oro - såväl för framtiden som för dagens.

(5) *anpassning* – denna fas sker i hemmet och fokuserar på interaktionen till samhället såväl som livsstilen. Här krävs ytterligare stöd för att kunna handskas med det vardagliga livet samt hushållets sysslor. Med hjälp av lämplig feedback kan anpassningen ske på ett stabilt sätt. (Cameron & Gignac, 2008).

Studien kommer fram till slutsatsen att appliceringen av detta ramverk ger möjlighet att gynna framtida ingrepp inom vården genom att förenkla identifikationen av vårdgivarnas information. Detta är möjligt på grund av förtydligandet av de förändrade upplevelserna som sker mellan de olika faserna (Cameron & Gignac, 2008).

Cameron och Gignac (2008) lyfter fram olika sociala stöd såsom känslomässiga, bidragande stöd (till exempel hjälp med hushållssysslor, olika bekvämligheter, träning och diverse service), informativt stöd värderingsstöd (till exempel i form av feedback på vårdgivarnas aktiviteter). Författarna menar att studier visar att stöd är som mest gynnsamt när de matchar individernas behov i nuläget. Huvudsakligen går deras tes ut på att “time it right”, vilket också är namnet på deras studie.

Muus och Ringsberg (2005) visar att strokepatienter får en försämrad livskvalitet på en lång sikt, vilket beror på att de drabbade upplever det som att de förlorar mycket av sin identitet i samband med stroke. Orsaker till detta är främst förlorad/försämrad talförmåga och minskad social kontakt. Bland yngre patienter är risken för självmord som störst under de första fem åren efter stroke i fråga, och orsaken till detta är depression. Förlorad kontakt med det sociala livet kan i detta fall spela en avgörande roll, vilket är logiskt då deltagande i det sociala livet

Bendz (2003) har i sin artikel fokuserat på hur strokepatienter och deras professionella skötare uppfattar implikationerna av en stroke. I studien intervjuades 15 strokepatienter, under 65 år, om sitt första år av rehabilitering. Fastän tolkningen av dessa uppfattningar och själva målen för rehabiliteringsaktiviteterna skiljde sig åt, kan man dra vissa slutsatser. Till exempel har tre grundläggande saker påverkat patienternas rehabiliteringsprocess. Samtliga 15 patienter upplevde förlorad kontroll, extrem utmattning och rädsla för återfall.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Studiens resultat visar att strokepatienternas livskvalitet utifrån ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv till stor grad kan förbättras med hjälp av bättre kommunikation mellan patienterna

och vårdgivande instanserna. När det gäller det psykiska perspektivet är depression och ångest orsaker till försämrad livskvalitet. Känslan av att inte längre kunna utföra vardagliga sysslor, får patienterna att känna sig mindre värda. Utifrån ett fysiskt perspektiv så upplever patienter att de fysiska begränsningarna och försämringarna – vilket till exempel kan leda till frånvaro av arbete och familj - försämrade livskvaliteten. Det sociala perspektivet är i hög grad liktydigt med att kommunikationen med sjukhus, vårdare och familj fungerar. Detta är inte minst viktigt för att de som drabbats av stroke ska kunna känna sig delaktiga i sina egna liv och uppleva en bättre livskvalitet.

4.2 Resultat diskussion

Att få möjlighet att undersöka strokepatienternas upplevelse, har gett oss en bra bild av hur livet kan förändras efter en stroke. Att tvingas anpassa sig efter ett plötsligt handikapp, är ingen lätt situation att hamna. Tvärtom känner sig många av förståeliga skäl väldigt sårbara. Att drabbas av stroke, leder inte bara till kroppsliga förändringar utan även till personlighetsförändringar. Sättet att förhålla sig till sin omgivning brukar också förändras. Att bli tvungen att börja om från början när det gäller basala saker som att lära sig äta, prata och gå igen, leder lätt till en isolerad livssituation. Ofta går de fysiska problemen hand i hand med de psykiska. En strokepatient som på grund av sitt fysiska handikapp blir beroende av andra människor för att klara vardagen och därför inte kan gå tillbaka till sitt vanliga jobb, drabbas ofta även psykiskt. Vi tror att det är av avgörande vikt att primärvården i allmänhet och sjuksköterska i synnerhet, har en bra relation med sina strokepatienter.

Shyu, Rachel & Chen (2008) har lyft fram vad SF-36, har för fördelar på äldre strokepatienter. De menar att hälsoenkäten i fråga är ett tillförlitligt och lämpligt instrument att använda när det gäller att utvärdera västvärldens strokepatienter under övergångstiden från sjukhuset till hemmet. Författarna menar att det finns ett stort behov av ett sådant instrument för att kunna bedöma patientens resultat. Genom att komplettera SF-36 med *Self-rated health related quality of life (HRQoL)* för att mäta patientens dödlighet, diverse ohälsa samt följderna av patienternas tillstånd, ges också ett säkra resultat. Orsaken till detta är att HRQoL är ett lämpligt instrument när det gäller att mäta dödlighet samt upptäcka funktionella försämringar. SF-36 är vetenskapligt utprovad och används för att mäta självrapporterad fysisk och psykisk hälsa. Vidare omfattar den även konceptet om välbefinnande. SF-36 mäter åtta generella hälsokoncept; den fysiska funktionering, person begränsningar - fysiska, kroppsliga smärta, generell hälsa, vitalitet, social funktionering, person begränsningar - emotionella samt, mental hälsa (Shyu m. fl., 2008).

Patienternas fysik (balans, flexibilitet, och rörlighet) kan förbättras med hjälp av regelbunden träning och Tai Chi. Tai chi träning är en låg intensiv träning som förbättrar både styrka och balans. Tai chi anses vara ett bra rehabiliteringssätt när det gäller att förbättra patienters hälsa. Undersökningar slår fast att patienter som utövar tai chi visar klara förbättringar vad gäller flexibilitet, rörligheten och fysik jämfört med patienter som inte utövar Tai chi . Tai chi - övningar förbättrar således den fysiska styrkan på ett säkert sätt(Choi, Moon & Song, 2004).

Uppgiftsorienterad rehabilitering (*task oriented rehabilitation*) är ett annat effektivt sätt att träna, som även har den fördelen att den kan äga rum på sjukhus såväl som i hemmiljö. Definitionen av uppgiftsorienterad rehabilitering inkluderar ett antal åtgärder såsom (T-AEX) träning, promenader, cykelprogram, uthållighets träning samt diverse balansövningar (Rensink m.fl., 2008).

Gaag m.fl. (2005) har fokuserat tydligt hur patienternas psykiska livskvalitet påverkas genom depression, oro och ångest. De psykiska svårigheter som patienterna upplever kräver känslomässigt stöd och information. Det är viktigt att informationens flöde är tydligt mellan patient och vårdare. Det finns även tidigare studier som bekräftar detta. När det kommer till afasi terapi så sker detta huvudsakligen inom tre olika områden; kommunikation, livsstil och identitet.

Gaag m.fl.(2005) har i en studie utvärderat verkan av afasi terapi för strokepatienter och kommit fram till att efter sex månader så kunde förbättringar påvisas hos samtliga medverkande. De undersökta patienterna uppvisade i och för sig vissa mindre skillnader vad gäller resultatet. Som helhet fanns det dock en tydlig positiv skillnad i samtliga medverkandes livskvalitet. Resultatet antyder att terapi som tillvägagångssätt, onekligen har inverkan på livskvaliteten hos såväl personer med afasi som deras anhöriga . Att patienterna upplevde att de fick ett bättre självförtroende tack vare afasiterapin, är något som får anses som mycket positivt. Inte mist då detta resulterade i att patienterna kunde förbättra sin kommunikation med såväl familj och vänner, som främlingar. Åttiosex procent av afasi patienterna som ingick i studien, rapporterade att deras kommunikation hade förändrats till följd av terapin. Gaag m.fl. (2005) har lyft fram också att 93 procent av patienternas anhöriga såg en förbättring av sin partner/anhöriges kommunikation till följd av terapin.

Förändringar i livsstil och identitet beroende till mångt och mycket just på det ökade självförtroende som afasiterapin gav upphov till. Samtliga förändringar och förbättringar som patienterna upplevde som en följd av terapin, kan sammanfattas med en ökad livskvalitet.

Terapi centret har framförallt varit bra på att göra så att de enskilda strokepatienterna har fått stöd, samtidigt som de har blivit mindre isolerade och mer benägna att uttrycka sig verbalt. För de anhörigas del har centret varit en plats där de har kunnat få råd samt utbyta information med andra anhöriga. Det är även intressant att de patienter (14 procent) som rapporterade att de inte upplevde någon förändring i sin livskvalitet till följd av terapin, menade att detta berodde på att de varken trivdes med gruppterapin eller kände sig bekvämt med att vara bland andra med afasidrabbade. Dock menade de att de ändå hade upplevt en förbättring i sin kommunikation efter sex månader. De anhöriga (7 procent) som upplevde att terapin inte hade förbättrat deras afasi drabbad, menade att detta berodde på att de antingen hade en annan stödgrupp som de använde sig av eller inte fann det givande att lyssna på alla andras svårigheter i gruppterapin. Sett till sin helhet hade dock majoriteten av familjerelationerna förbättrats med hjälp av gruppterapin (Gaag m. fl., 2005).

Det sociala perspektivet fokuserar mycket på omgivningens roll och ansvar. Det är inte endast de anhöriga som spelar roll i det sociala perspektivet utan även vårdarna. För patienterna är det framförallt viktigt att känna sig delaktiga i sina egna liv. Sjuksköterskornas roll är viktig även i det sociala perspektivet. Detta då patienten på ett lyhört sätt måste bli motiverad att återöva det sociala liv som hon/han tidigare levt. Desto mer patienten distanserar sig från det sociala livet, desto mer tenderar patienten att drabbas av ångest och depression. Orsaken till detta är att patienten upplever utanförskap och en känsla av hjälplöshet, vilket visar på att ett klart samband med den psykologiska sfären finns. Det amerikanska stroke samfundet (*American Stroke Association*) publicerade under oktober månad 2004 en artikel som tar upp hur strokepatienter och privata vårdare upplever att livskvaliteten avtar i samband med att patienterna skrivs ut från sjukhus. I samband med detta uttrycks även deras missnöje med vården. Undersökningen som har legat till grund för artikeln är baserad på 536 strokepatienter som slumpmässigt in i två grupper, där den ena gruppen (bestående av 273 patienter) efter utskrivningen fick standardiserat vård, medan den andra gruppen (bestående av 263 patienter) fick en något mer omfattande standardiserad vård. (Den mer omfattande versionen av vård omfattade tre telefonsamtal och ett hembesök inom fem månader efter utskrivningen.) Sex månader efter utskrivning uppskattades två huvudsakliga mätinstrument; livskvaliteten samt missnöjet med vården. Sekundära mätinstrument var följande; invaliditet, handikapp, depression och oro samt funktionen av hälsovårdens service och förebyggande läkemedel. Resultat visade att patienter som fått den mer omfattande vården hade bättre poäng på det känslomässiga området. Dock upptäcktes

ingen utmärkande statistisk skillnad på de övriga primära mätinstrumenten. De sekundära utfallen visade ingen skillnad som var av betydelse. Undersökningens slutsats är att den omfattande vården inte visade sig vara effektivt när det gäller att förbättra livskvaliteten och missnöjet inom vården (Boter, 2004).

Funktionen av socialt stöd kan enligt en studie indelas i fyra specifika aspekter; psykiskt stöd, bidragande stöd, informationsstöd och positiv social interaktion (Bocchi & Angelo, 2008).

Vidare konstateras att ungefär en tredjedel av de informella skötarna upplever större stress. Studien visar också att mellan en fjärdedel och hälften av de som drabbas av stroke, dör inom de första tre veckorna och att mellan en till två tredje delar dör inom ett år efter att ha drabbats av stroke (Addington, Lay, Altmann & McCarthy, 1996).

Att erbjuda vård med ovanstående socialt stöd är en lösning som i sin tur kan påverka patienternas livskvalitet i den sociala aspekten (Bocchi & Angelo, 2008).

4.3 Metod diskussion

Denna studie har använts sig av en litteraturstudie för att beskriva hur personer med stroke upplever sin livskvalitet utifrån ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv. Fördelen med att använda sig av en litteraturstudie är att det finns befintlig data som det redan har forskats på. Vidare är detta ett mer känsligt ämne att studera genom exempelvis ett empiriskt tillvägagångssätt. Bland annat av den orsaken har författaren ansett att det är mer lämpligt att studera fenomenet med hjälp av en litteraturstudie. Underlaget till artiklarna har varit kvalitativa med mindre inslag av kvantitativa mätinstrument. Fastän studiens resultat inte kan generaliseras i samtliga fall så har det använda materialet stämt överens med varandra i tillräcklig stor utsträckning för att resultaten ska kunna generaliseras. En svaghet är att feltolkningar av vissa begrepp kan förekomma, detta eftersom samtliga artiklar var skrivna på engelska. För att minska risken för eventuella feltolkningen har artiklarna lästs vid ett flertal tillfällen. En annan åtgärd är att författarna har angett vissa översatta ord på engelska inom parentes. En annan svaghet kan vara att de använda artiklarna inte har publicerats samma år. Men detta behöver inte nödvändigtvis påverka studien men det vore ändå intressant och kanske mer adekvat att fokusera på de senaste 5 årens forskning. Två referenser finns med i både introduktionen och i resultatet (Strum m.fl, 2004; Mckevitt m.fl, 2003). I introduktion har inget från studiernas resultat redovisats.

4.4 Allmän diskussion

Begreppet livskvalitet är inte alltid självklar och uppfattas inte heller likadant av olika individer. Trots att denna studie har utgått från WHO:s definition så är författarna väl medvetna om det faktum att patienter kan tolka begreppet högst olika. Detta bekräftas till och med av WHO, då de menar att livskvalitet är individens egen uppfattning om sin livssituation i relation till bland annat sina mål och förväntningar av livet. Vidare inkluderar definitionen individens psykiska och fysiska hälsa, självständighet och sociala relationer. Studien visar att kunnig och omsorgsfull vårdpersonal är en klar förutsättning för att uppnå en god livskvalitet. Relationen mellan patient/ vårdpersonal och anhörig/vårdpersonal har visat sig spela en stor roll för patientens rehabilitering. Även kontinuitet och individuella lösningar är viktiga. En dominerande del av patienterna i studien har uttalat ett behov av lämpligt stöd under och efter sjukdomen för att kunna hantera sina smärtor. Genom att förbättra stödet för de informella vårdarna så kan situationen förbättras. Många av studierna understryker att de visserligen behöver mer underlag innan de kan dra klara slutsatser. Det finns dock tydliga tendenser som visar att bristen på och tillgången till information, är den huvudsakliga orsaken till många strokepatienter upplever sin tillvaro som dåliga och att tillfriskningen inte sker på ett optimalt sätt (WHO, 2009).

En annan metod för att lämpligast behandla stroke är utifrån rekommendationer från den kanadensiska medicinska föreningen (*Canadian Medical Association*) (Lindsay m.fl., 2008). Studien är baserad på granskning av redan existerande rekommendationer för stroke, litteraturforskning samt konsultering av en professionell panel. Studien klarlägger bland annat att en anpassad stroke behandling som inkluderar förebyggande, akut behandling, rehabilitering, tillfriskning och återintegration i samhället, räddar liv (canadianstrokestrategy, 2009).

Studien påvisar indikationer i tid gällande stroke anfall till ankomsttiden till sjukhus, tillsynen av akut blodpropp (*acute thrombolysis*), tillträde till enheter med specialisering i stroke behandling samt bruk av antikoagulering av patienter med åderflimmer (canadianstrokestrategy, 2009).

Vidare fäster Lindsay m.fl.(2008) uppmärksamheten på andra undersökningar om stroke som är utförda av The Canadian Stroke Network och där ett antal brister i stroke behandlingen har upptäckts. Dessa är: bristen på implementeringen av sakliga riktlinjer, tillgång till

rehabiliteringsprogram för sjukhuspatienter samt tillgång till stroke förebyggande kliniker. Forskningsresultatet åskådliggör behov av att förbättra det förebyggandet åtgärderna samt förbättra rehabiliteringen av strokepatienter. Även andra länder har organisationer som publicerat riktlinjer för stroke behandling. Trots att det existerar gemensamma riktlinjer för behandlingen av stroke i olika länder, så väljer många att fokuserar på enskilda komponenter. Av den anledningen är inte samtliga rekommendationer relevanta för ett specifikt lands hälsovårdssystem. Sammanfattningsvis kan studiens essens följaktligen förklaras utifrån dess 24 rekommendationer som presenteras i sex delar (Lindsay m.fl. 2008).

- (1) offentligt medvetande och engagemang
- (2) patient- och familjeutbildning
- (3) förebyggande av stroke som fokuserar på livsstil och sekundär förebygning
- (4) akut stroke behandling
- (5) stroke rehabilitering
- (6) uppföljning

5. Referenser:

Addington-Hall, J., Lay, M., Altmann, D. & McCarthy, M. (1996). Community care for stroke patients in the last year of life: results of a national retrospective survey of surviving family, friends and officials, *Health and Social care in the community* 6 (2), 112-119.

Barskova, T., & Wilz, G. (2006). Psychosocial functioning after stroke: Psychometric properties of the patient competency rating scale, *Brain Injury* 20(13-14): 1431-1437.

Bendz, M. (2003). The first year of rehabilitation after a stroke- from two perspectives, *Scandinavia Journal of Caring Sciences* 17: 215-222.

Bluvol, A & Ford- Gilboe, M (2003). Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors, *Journal of Advanced Nursing* 48 (49), 322-324.

Bocchi, S, C, M., & Angelo, M. (2008). Between freedom and reclusion: social support as a quality- of-life component in the family caregiver dependent person binomial, *Revista Latino-Americana Enfermagem* vol.16 no.1 jan/feb.

Boter, H. (2004) Multicenter randomized controlled trial of an outreach nursing support program for recently discharged stroke patients, *Journal of the American Heart Association* 35; 2867-2872.

Brereton, L., & Nolan, M. (1998). "You do know he's had a stroke, don't you?" Preparation for family care- giving- the neglected dimension, *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 498-506.

Cameron, J. I., & Gignac, M.A.M. (2007). Timing it right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home, *Patient Education and Counseling* 70, 305-314.

Canadianstrokestrategi,from<http://www.ca/eng/resourcestools/document/Ontarion%20Stroke%20Evaluation%20Report%202006.pdf>. Åtkom 2009-03-23.

Choi, J. H., Moon, J-S.& Song, R. (2004) Effects of sun-style Tai Chi exercise on physical fitness & fall prevention in fall- prone older adults, *Issues andInnovations in Nursing Practice*.

Forsberg, C & Wengström, Y. (2005). *Att göra systematisk litteraturstudie*, Stockholm: Natur och kultur.

Gaag, A., Smith, L., Davis,S., Moss, B.,Cornelius, V., Laing, S., et al. (2005) Therapy and support services for people with long- term stroke and aphasia and their relatives: a six month follow up study, *Clinical Rehabilitation* 19; 372-380.

- Hart, E . (1999) The use of pluralistic evaluation to explore people's experiences of stroke services in the community, *Health and Social care in the community* 7(4), 248-256.
- Lindsay, P., Bayley, M., McDonald, A., Graham, I., Warner, G., et al. (2008). Toward a more effective approach to stroke: Canadian best practice recommendations for stroke care, *Canadian Medical Association (CMAJ)* May 20; 178 (11): 1418-1425.
- Macko, R, F., Ivey, F, M., Forrester, W, L., Hanley, D., Sorkin, J, D., et al. (2005) Treadmill exercise rehabilitation improves ambulatory function and cardiovascular fitness in patients with chronic stroke. A randomized, controlled trial, *Journal of the American Heart Association* 36; 2206-2211.
- McKevitt, C., Redfem, j., La- Placa, V.& Wolfe, C. (2003). Defining and using quality of life: a survey of health care professionals, *Clinical Rehabilitation* 17:865-870.
- Mitchell, P. H. (2008). Living well with stroke: design and methods for a randomized controlled trial of a psychosocial behavioral intervention for post stroke depression, *Journal of Stroke and Cerebrovascular diseases*, vol. 17, No. 3 (May-June): 109-115.
- Muus, I., & Ringsberg, K. (2005). Stroke specific quality of life scale: Danish adaptation and a pilot study for testing psychometric properties, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 19; 170-147.
- RCSN, from [http://www.ices.on.ca/file Technical Report final.pdf](http://www.ices.on.ca/file%20Technical%20Report%20final.pdf). Åtkom 20090612.
- Rensink, M., Schuurmans., Linderman, E., & Hafsteinsdottir, T. (2008). Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review, *Journal of Advanced Nursing* 65(4), 737-754.
- Shyu, Y-I, L., Rachel Lu, J-F.& Chen,S-T. (2007). Psychometric testing of the SF- 36 Taiwan version on older stroke patients, *Journal of Clinical Nursing* 18, 1451-1459.
- Socialstyrelsen, 2005, from [http://www.nationella.riktlinjer.se/för stroke sjukvård](http://www.nationella.riktlinjer.se/för%20stroke%20sjukvård)
- Stone, D, S. (2005) Patient concerns post haemorrhagic stroke: a study of the internet narratives of patients with ruptured arteriovenous malformation, *Journal of Clinical Nursing* 16, 289-297.
- Strokecenter, from <http://www.org/prof/guidelines.htm>. Åtkom 2009-06-12.
- Strokeförbundet, from <http://www.org/index.asp>. Åtkom 2009-06-12.
- Sturm, J.W, Donnan, G, A., Dewey, H, M., Macdonell,R, A, L., Gilligan, A, K., et al. (2004). Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence study (NEMESIS), *Journal of the American Heart Association* 35; 2340-2345.
- Teasdale, T, W., & Engberg, A.W. (2005). Psychosocial consequences of stroke: A long-term population- based follow. *Brain Injury*. 19 (12): 1049-1058.

Vestling, M., Ramel, E., & Iwarsson, S. (2005). Quality of life after stroke: Well being, life satisfaction, and subjective aspects of work, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 12; 89-95.

Winkens, L., Heugten, C, M,V., Fasotti, L., Duits, A, A., et al. (2006) Manifestations of mental slowness in the daily life of patients with stroke: a qualitative study, *Clinical Rehabilitation* 20: 827-834.

Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review, *International Nursing Review* 53, 143-149.

Who, from <http://www.int/mental health/media/en/76.pdf>. Åtkom 2009-03-23