



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Utbildningsprogram för
sjuksköterskor 180 hp
Kurs 2VÅ60E
Ht 2012
Examensarbete, 15 hp

NÄR LIVET TAR EN OVÄNTAD VÄNDNING

-Närståendes upplevelse av sin förändrade livssituation när stroke drabbar deras nära

Författare:
Ankarberg, Annie
Höggren, Maria

Titel	När livet tar en oväntad vändning. Närståendes upplevelse av sin förändrade livssituation när stroke drabbar deras nära
Författare	Annie Ankarberg, Maria Höggren
Utbildningsprogram	Sjuksköterskeprogrammet
Handledare	Stig Wenneberg
Examinator	Ulrica Hörberg
Adress	Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap
Nyckelord	Livssituation, närstående, relationspåverkan, strategier, stroke, upplevelser

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Stroke, även kallat slaganfall, är ett samlingsnamn för infarkt i hjärnan och hjärnblödning. Det är en av våra vanligaste folksjukdomar och när någon drabbas av stroke påverkas hela familjen. De kastas helt oförberett in i en helt ny situation och deras liv vänds upp och ner.

Syfte: Syftet med studien är att ur ett närståendeperspektiv belysa hur deras livssituation påverkas efter att en nära drabbats av stroke och överlevt.

Metod: Litteraturstudie med kvalitativ inriktning med deskriptiv ansats och materialet är analyserat utifrån en innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: De närståendes livssituation påverkas när en nära drabbas av stroke. Det nya livet upplevs som skrämmande och de känner sig otrygga i förändringen och fick ett ökat psykiskt lidande. Självständigheten och spontaniteten minskades, rollerna i relationerna förändrades och det sociala livet blev negativt lidande. Information och stöd från vården saknades. Med tiden lärde sig de närstående olika strategier för att anpassa och uthärda situationen.

Slutsats: Närståendes välbefinnande blev lidande och mer kontakt och hjälp från vården önskades. Viktigt att tänka på är att de närståendes livssituation även påverkas och inte bara den drabbade. Anpassning till det förändrade livet ökade efter hand. Med mer information och stöd från vård och vänner kan de närstående få ett ökat välbefinnande och underlätta hantering av den förändrade livssituationen.

INNEHÅLL

INLEDNIG	1
BAKGRUND	1
Fakta om stroke	1
<i>Symtom på stroke</i>	1
Kristeori	1
Förändring av livet efter stroke	2
Närståendes upplevelser	2
CENTRALA BEGREPP	3
TEORETISK REFERENSRAM	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
FRÅGESTÄLLNINGAR	4
METOD	5
Datainsamling och urval	5
Kvalitetsgranskning	6
Dataanalys	6
Etiska överväganden	6
RESULTAT	7
Chocken efter insjuknandet	7
<i>Det hastiga insjuknandet</i>	7
<i>Komplikationerna av stroke skapade lidande hos de närstående</i>	8
<i>Förlorad frihet</i>	8
Relationspåverkan	9
<i>Försämrat partnerskap</i>	9
<i>Påverkan på sociala relationer utanför familjen</i>	9
<i>Ökat ansvar</i>	10
Mötet med vården	10
<i>Saknad av information</i>	10
<i>Brist på stöd och dålig kommunikation</i>	10
Strategier för att klara av den nya livssituationen	11
<i>Klara av den första tiden</i>	11
<i>Få mer energi för att orka</i>	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	14
<i>Chocken efter insjuknandet</i>	14
<i>Relationspåverkan</i>	15
<i>Mötet med vården</i>	16
<i>Strategier för att klara av den nya livssituationen</i>	17
SLUTSATSER	18
Förslag på fortsatt forskning	18
REFERENSER	20

BILAGOR

I Databassökning

II Granskningsprotokoll

III Exempel innehållsanalys

IV Artikelmatris

INLEDNING

Stroke är ett ämne som ligger oss varmt om hjärtat då båda författarna har jobbat med strokepatienter. Däremot har ingen av oss, i något av våra arbeten jobbat med de närstående till de drabbade. Detta har väckt en nyfikenhet hos oss att studera hur de upplever den förändrade livssituationen som blir vid stroke. Genom studien hoppas vi på att få en djupare förståelse för de närståendes upplevelser vilket kan ge förutsättningar för att kunna erbjuda ett gott närståendestöd.

BAKGRUND

Fakta om stroke

Stroke, även kallat slaganfall är ett samlingsnamn för infarkt i hjärnan och hjärnblödning. Varje år drabbas ungefär 30 000 personer av stroke i Sverige, vilket gör sjukdomen till en av våra största folksjukdomar och den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige (Strokeförbundet, 2010; Hjärt- Lungfonden, 2012; Svensson, 2007). Av det totala antalet personer som drabbas av stroke varje år, är det 20000- 25000 individer som insjuknar för första gången (Jönsson, 2012). En del som insjuknar får mindre symtom som efter det akuta skedet kan förbättras eller gå över. Resterande får kvarvarande funktionsnedsättningar som förändrar hela livssituationen (Jönsson, 2012). Ungefär hälften av de som drabbas av stroke får svåra funktionsnedsättningar eller avlider till följd av slaganfallet (Strokeförbundet, 2010; Hjärt- Lungfonden, 2012). Män dominerar insjuknandet av stroke upp till 80 års ålder, därefter tar kvinnorna över (Terent, 2007). Medelåldern för män är 73 år och för kvinnor 77 år (Jönsson, 2012). Den starkaste riskfaktorn för att drabbas av stroke är hög ålder, vilket resulterar i att äldre personen drabbas i större utsträckning än unga (Terent, 2007). Vidare är högt blodtryck, diabetes, rökning och förmaksflimmer stora riskfaktorer för att drabbas (Jönsson, 2012).

Symtom på stroke

Drabbas man av en stroke leder det till syrebrist i hjärnan vilket gör att nervvävnaden i hjärnan skadas och, beroende på var syrebristen sitter, uppstår olika symtom (Strokeförbundet 2010; Hjärt- Lungfonden, 2012). Symtomen kommer plötsligt (Jönsson, 2012) och drabbar ofta huvudsakligen den ena kroppshalvan. Eftersom nervbanorna korsas i ryggmärgens bakhorn uppstår symtomen därför på motsatt sida av kroppen än vad själva hjärnskadan sitter (Hjärt- Lungfonden, 2012). Vanliga symtom som uppkommer är bland annat rörelsenedsättning/förlamning, trötthet, talsvårigheter, sväljningssvårigheter samt kognitiv- och motorisk påverkan (Strokeförbundet, 2010; Hjärt- Lungfonden, 2012). Även koncentrationssvårigheter är ett vanligt symtom (Naess, Lunde & Brogger, 2012).

Kristeori

Jahren- Kristoffersen och Breievne (2006) beskriver att en förändring av livssituationen som konsekvens av en allvarlig sjukdom gör att människor hamnar i existentiell kris och psykiskt lidande infinner sig. Detta sker både hos den drabbade och hos de närstående. Kristeorin är utvecklad av Cullberg (2006) som beskriver att den som hamnar i kris känner övergivenhet och att livet blivit totalt kaos. Sorgen gör att många åtsidosätter sina behov såsom exempelvis att äta och sova. Vidare beskriver Cullberg (2006) olika fasen i krisen för att på ett mer begripligt sätt förstå vad som händer hos den drabbade. Den första fasen, chockfasen går över till reaktionsfasen som följs av bearbetningsfasen och leder till nyorienteringsfasen vilken fortsätter livet ut.

Chockfasen varar allt ifrån en liten stund efter det inträffade upp till ett par dagar. Under denna fas kämpar den drabbade med att hålla det inträffade så lång borta ifrån sig som

möjligt. Här råder kaos trots att den drabbade inte verkar vara påverkad utåt sett. Information är svårt att ta in och minnas. Reaktionsfasen träder in den dagen den drabbade börjar ta till sig och vågar se det som har hänt. Denna fas pågår i fyra till sex veckor och frågor som ”varför skulle det just drabba mig” och ”om jag gjort så istället” upprepas gång på gång i huvudet. Det är ett sätt att försöka finna mening i det som har hänt och hitta sätt att göra allt ogjort. Det vanligt att den drabbade upplever sorg, en känsla av tomhet och ensamhet. Även ilska och en längtan efter döden är vanligt förekommande i denna fas. I bearbetningsfasen som inträder efter reaktionsfasen börjar acceptans av det som skett infinna sig. Det börjar bli lättare att se framåt och en känsla av optimism inför framtiden blandar sig med pessimismen som tidigare endast funnits. Fokus ligger inte längre endast på det som inträffat och det föregångna utan även på framtiden. Längden på denna fas är individuell men som intensivast pågår den under ett halvår till ett år efter det inträffade. När bearbetningsfasen är över inträder nyorienteringsfasen som fortsätter livet ut. Traumat har blivit ett ärr som kommer att finnas hos den drabbade resten av livet men som nu inte längre måste hindra från att delta i livet. Av traumat har erfarenheter fötts och den förut skadade självkänslan återställs. Men en förutsättning att detta ska ske är att den drabbade har kunnat försona sig med det som har inträffat (Cullberg, 2006).

Förändring av livet efter stroke

Kouwenhoven, Kirevold, Engedal och Kim (2011) hävdar att för den som drabbas av stroke så förändras hela livet men även för de närstående. Många stokedrabbade upplever sig främmande inför sig själva då kroppen inte fungerar som den tidigare gjort på grund av rörelsenedsättningar (Kouwenhoven, et al. 2011; Murray & Harrisson, 2004). De stokedrabbade kan förutom rörelsenedsättningar få personlighetsförändringar vilket många upplever som en förlust av sin tidigare identitet som en frisk människa. De uppfattar sig vara en annan person än de tidigare varit (Murray & Harrisson, 2004). Kouwenhoven, et al. (2011) beskriver vidare att när man drabbas av en förlust av någon kroppsfunction upplever många att de tappar kontrollen över sitt liv samt att de nu blivit beroende av andra för att klara av sitt dagliga liv. Den stokedrabbades livsvärld kan bli påtagligt förändrad även vid en mindre stroke där inga synliga funktionsnedsättningar är bestående. Detta kan visa sig i en extrem trötthet och orkeslöshet i vardagen exempelvis saker som personen tidigare gjort utan problem eller eftertanke är nu väldigt påfrestande och tröttsamt. Dessutom är det vanligt att patienten drabbas av depression och ångest i samband med slaganfallet (Greenwood, Mackenzie, Cloud & Wilson, 2009; Hjärt- Lungfonden, 2012; Naess, Lunde & Brogger, 2012). Depressionen kan bero på den livskris som stroke medför men det kan likaväl vara en följd av hjärnskadan och dess inverkan på personen (Strokeförbundet, 2010).

Greenwood et al. (2009) beskriver vidare att många upplevde en svårighet att planera framtiden på grund av de funktionshinder som slaganfallet medförde. Rädslan och osäkerheten inför framtiden om hur deras ohälsa kommer att påverka deras liv negativt på grund av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar, resulterar i att de upplever ett lidande. O'Connell och Baker (2004); Murray och Harrisson (2004) menar att de stokedrabbade upplever att förmågan att ta hand om sig själva har minskat. Detta leder till att personen blir mer beroende av andra vilket ökar belastningen på de närstående (Greenwood et al. 2009; Hunt & Smith, 2004; Murray & Harrison, 2004).

Närståendes upplevelser

Närstående är de personer som står patienten närmast (Dahlberg & Segesten, 2011). Det behöver inte nödvändigtvis vara en familjemedlem utan kan lika gärna vara en granne eller vän (Benzien, Hagberg & Saveman, 2009).

Stroke upplevs som en kritisk händelse i livet, där hela livet vänds upp och ner (O'Connell & Baker, 2004). Händelsen påverkar därför hela omgivningen och deras livssituation (O'Sullivan, Ghazzawi, Stanek & Lemyre, 2012). De närstående hamnar mycket snabbt och oförberett i en förändrad situation (O'Sullivan et al., 2012) eftersom stroke ofta kommer plötsligt (Hjärt- Lungfonden, 2012; Strokeförbundet, 2010). Vilket gör att de närstående hamnar i chock och upplever händelsen som ofattbar (O'Sullivan et al., 2012). De beskriver att det var både fysiskt och psykiskt påfrestande att ha varit med om att en nära person drabbats av stroke, (Hunt & Smith, 2004; Murray & Harrison, 2004; O'Connell & Baker, 2004). Känslan av att de blev inkastade i en roll som de varken hade kunskap (O'Connell & Baker, 2004) eller tillräckligt med personliga resurser att klara av infann sig (O'Sullivan et al., 2012). De närstående kände en press på sig att vara stark och att hålla skenet uppe inför den stroke drabbade och omgivningen, trots att de bar på oro och sorg (Hjärt- Lungfonden, 2012). Skärsäter (2009) menar att det är viktigt att de närstående får adekvat information om vilka konsekvenser stroke medför samt vilket stöd man som närstående kan få för att kunna hantera situationen på bästa sätt.

CENTRALA BEGREPP

Stroke beskrivs i bakgrunden som ett samlingsnamn för infarkter och blödningar i hjärnan. Även i resultatet kommer stroke som samlingsnamn att användas och någon skillnad på infarkter eller blödningar kommer inte att göras. Den person som drabbats av stroke kommer att benämnas som **strokedrabbad, den drabbade** eller **en nära person**. Med **närstående** menar vi den person som står den strokedrabbade nära. Det behöver inte vara en person som bor tillsammans med den strokedrabbade utan endast en person som betyder mycket för den strokedrabbade. Fokus kommer att ligga på de **närståendes upplevelser av den förändrade livssituationen** när en nära person till dem drabbas av stroke.

TEORETISK REFERENSRAM

Författarna till denna litteraturstudie har som syfte med studien att få en ökad förståelse för hur närstående till en strokedrabbade upplever den förändrade livssituationen. För att kunna förstå en annan människas upplevelser utgick studien från ett hermeneutiskt synsätt (Wiklund, 2003). I detta paradigm ses världen utifrån personens subjektiva perspektiv vilket ger en djupare förståelse för dennes situation (Forsberg & Wengström, 2008). Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) beskriver att de hermeneutiska synsättet utgår från att människan är en helhet. Vilket innebär att det finns en balans mellan det fysiska, psykiska, sociala och andliga för att en känsla av välbefinnande ska kunna infinna sig och lidandet minskas. Dessa delar går inte att separera från varandra utan utgör tillsammans helheten. Forsberg och Wengström (2008) betonar vikten i att vårdpersonalen är öppen och lyhörd för den unika människans subjektiva livsvärld i det hermeneutiska synsättet eftersom detta kan minska lidande och ge ett ökat välbefinnande.

Studien utgår ifrån vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv där vikten ligger på de närståendes subjektiva upplevelser. Dahlberg et al. (2003) beskriver att den vårdvetenskapliga teorin handlar om upplevelser, erfarenheter och känslor. Inom den vårdvetenskapliga disciplinen ligger fokus på att stärka hälsoprocesser genom öka den drabbades välbefinnande och lindra lidande (Wiklund, 2003). Livsvärlden är den subjektiva värld vi alla upplever och lever i samt i vilken vi möter andra människor (Dahlberg & Segesten, 2010). Här bildar tankar, känslor och handlingar en mening i tillvaron (Ibid). Våra tankar, känslor och handlingar gör

att varje människa är en unik person vilken formas av de erfarenheter och de kunskapar som personen tagit till sig under livets gång. Detta gör att varje individ upplever olika grad av lidande vid olika situationer (Wiklund, 2011).

Lidande är en naturlig del av människans liv och upplevs när den fysiska eller psykiska hälsan på något sätt förändras (Wiklund, 2011). När existensen hotas, vilket den gör när en nära drabbas av stroke, upplevs ett så kallat livslidande (Dahlberg et al. 2003). Livslidande inträder även när en människa inte upplever sig kunna leva upp till sin roll, vilket väcker djupa existentiella tankegångar (Wiklund, 2003). Vårdlidande är en annan form av lidande som upplevs när det brister i vården eller behandlingen. Bristerna leder till att personen som är utsatt känner sig förnedrad och inte delaktig i vården. Vårdlidande kan exempelvis uppstå på grund av att hjälpen inte finns när den behövs eller på grund av bristfällig information (Dahlberg et al. 2003). För att minska detta lidande och bidra till ett ökat välbefinnande är det viktigt att sjuksköterskan vågar möta och dela den svåra situationen med den strokedrabbade och dennes närstående (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2009). Det är lika viktigt att främja och bejaka välbefinnandet som det är att förhindra olika former av lidande (Dahlberg et al. 2003). Välbefinnande handlar om personens inre upplevelser och utgår ifrån livsvärlden (Wiklund, 2003). För att kunna uppleva välbefinnande är det av stor vikt att erkänna för sig själv att ett lidande finns (Dahlberg et al. 2003).

PROBLEMFÖRMULERING

Då stroke är en vanlig sjukdom är det många som drabbas och därmed även många som är närstående till dessa. Symtom som exempelvis rörelsenedsättning, förlamning och kommunikationssvårigheter gör att den som drabbas ofta upplever att de förlorat en del av sig själva och många känner att de tappat kontrollen över sitt liv. Livet tar en ny och oväntad vändning som kräver mycket stöd och hjälp. De närstående blir således abrupt och helt oförberett inkastade i en roll som kan vara totalt främmande. Som allmänsjuksköterska är det viktigt att inte bara kunna stödja den drabbade utan även dennes familj för att minska lidandet, öka välbefinnande och bidra till en bättre hälsa. Det är även därför av stor vikt att ha kunskap om hur närstående till strokedrabbade upplever den förändrade livssituationen för att kunna stödja dem på bästa sätt. Tidigare forskning visar att närståendes livssituation förändras när en nära person drabbas av stroke. Detta väcker frågor om på vilket sätt de närståendes livssituation påverkas. Denna kunskap är viktig för att kunna erbjuda de närstående stöd och hjälp på bästa sätt i den förändrade livssituationen.

SYFTE

Syftet med studien är att ur ett närståendeperspektiv belysa hur deras livssituation påverkas efter att en nära drabbats av stroke och överlevt.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur upplever de närstående att deras psykiska, fysiska och sociala liv har ändrats efter en stroke?
- Hur upplever sig de närstående kunna klara av den förändrade livssituation som följer en persons stroke?
- Hur upplever de närstående att mötet med vården fungerar?

METOD

Metoden som har använts var litteraturstudie baserad på originalartiklar publicerade 2004-2012. Detta innebär att författarna till studien har systematiskt sökt, kritiskt granskat och sammanställt material som redan publicerats inom området hur närstående upplever att ha en nära person som drabbats av stroke och överlevt.

Studien har en kvalitativ inriktning med deskriptiv ansats. Denna metod passade bra i studien då syftet var att få en djupare förståelse av subjektiva upplevelser och erfarenheter och hur de närstående själva upplever sin verklighet och livssituationen (Forsberg & Wengström, 2008). Materialet har analyserats utifrån en induktiv ansats som enligt Forsberg och Wengström (2008) går ut på att söka data förutsättningslöst inom ett problemområde samt utveckla nya uppfattningar och kunskap om området.

Datainsamling och urval

Innan litteratursökningen påbörjades gjordes en pilotsökning för att undersöka om det fanns tillräckligt med relevanta artiklar inom det valda området. Pilotsökningen resulterade i identifikation av ämnesord som kom att bli huvudsökorden för databassökningarna (bilaga 1). Dessa formulerades för att svara på studiens syfte. Sökorden har kombinerats med varandra för att få fram relevanta artiklar. Friberg (2006) betonar vikten av att precisera sökningarna och använda sig av olika sökord för att få fram relevanta artiklar som svarar på syftet.

Databaserna CHINAL, Medline och Pubmed har använts då dessa är hälso- och vårdvetenskapligt inriktade och därav relevanta för syftet. Inklusions- och exklusionskriterier bör användas för att avgränsa och finna relevanta artiklar (Friberg, 2006). Inklusionskriterier var artiklar som handlade om närståendes upplevelse av hur deras liv påverkats efter att deras anhöriga drabbats av stroke. Deltagarna i studierna skulle vara över 18 år och leva i Västvärlden. Detta för att få ett bredare perspektiv på de närståendes upplevelser både i- och utanför Sverige. För att få med den mest aktuella forskningen i resultatet valdes originalartiklar på engelska som inte var mer än åtta år gamla, det vill säga artiklar publicerade 2004 och senare. Artiklar med fokus på TIA (Transitorisk Ischemisk Attack) exkluderades då dessa vanligtvis inte ger bestående men. Artiklar som även fokuserade på andra sjukdomar än stroke exkluderades då detta kunde ha påverkat resultatet i en annan riktning. Detta eftersom man inte med säkerhet vet om den drabbade haft funktionsnedsättningar innan de drabbats av stroke. Vidare exkluderades pilotstudier och artiklar som inte var peer reviewed.

För att inte få med ovetenskapliga artiklar har begränsningen ”peer review” använts i databaserna CHINAL och Medline. Det innebar att alla utvalda artiklarna uppfyllde de krav som krävdes för att få kallas vetenskapliga, där de är noggrant granskade och även godkända av andra forskare och experter inom det aktuella området. Då ”peer reviewed” inte fanns i Pubmed användes istället Ulrichweb (2011). Denna databas användes för att garantera att tidskriften som artikeln var publicerad i hade genomgått denna kollegiala granskning. Efter avgränsad sökning med relevanta sökord (bilaga 1) lästes titlar och abstract från träfflistan. Utifrån abstraktet lästes sedan relevanta artiklar i fulltext. Därefter valde författarna ut artiklar som bäst stämde överens med syftet och frågeställningarna. När en mättnad uppnått avslutades sökningarna. Mättnad innebär att samma artiklar återkom i databaserna då sökningar gjordes med olika sökordskombinationer (Friberg, 2006).

Kvalitetsgranskning

Forsberg och Wengström (2008) belyser vikten av att kvalitetsgranska alla artiklar som ska ingå i en litteraturstudie. Granskningen är gjord separat av de båda författarna oberoende av varandra och sedan har granskningarna sammanförts. Detta är något som Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) anser ge större tyngd i granskningen. Vid kvalitetsgranskningen i studien användes en mall för granskning av artiklar utformade av Willman et al. (2011). Mallen kombinerades med olika frågor från Forsberg och Wengströms (2008) checklista för att svara på syftet för litteraturstudien, dvs. de närståendes upplevelser (bilaga 2). Modifieringen av mallen har som syfte att ta med frågor som överensstämmer med materialet och studiens syfte samt att frågorna skulle kunna besvaras med JA eller NEJ. Att anpassa granskningsprotokollet (bilaga 2) till den egna litteratursammanställningen så att det passar studien är något som Willman et al. (2011) menar är viktigt för att öka kvaliteten på studien.

Varje fråga kunde ge svaren Ja, Nej eller Vet ej. Mallen innehöll totalt 20 frågor och användes för att bedöma om artiklarnas kvalitet var låg, medel eller hög. Varje Ja svar gav ett poäng och varje Nej eller Vet ej fick noll poäng. Den totala poängsumman räknades sedan om till procent (Willman et al. 2011). Andelen procent framkom genom att beräkna antal Ja i förhållande till det totala möjliga antalet Ja på de 20 frågorna. De som innehöll 11 Ja eller mindre, det vill säga 0-59%, var av låg kvalitet och exkluderades därför ur studien. De artiklar som hade 12-16 poäng, 60-79%, bedömdes ha en medelhög kvalitet. Artiklar som hade 17-20 poäng, 80-100%, bedömdes som hög kvalitet. Med hjälp av en mall kan man jämföra olika studier och den vetenskapliga kvaliteten hos dessa samt upptäcka styrkor och brister i studierna (Willman et al. 2011). Av de 43 artiklar som kvalitetsgranskades, exkluderades 21 artiklar då dessa bedömdes vara av låg kvalitet. De tio artiklar som inkluderades i studiens resultat var av medelhög eller hög kvalitet.

Dataanalys

Studien har analyserats utifrån Graneheim och Lundmans (2008) beskrivning av innehållsanalys. Denna analysmetod passar bra då den är anpassad för att hantera stora mängder data och fokuserar på att tolka informationen. Innehållsanalysen valdes även då den var tydlig med enkla steg att följa. Materialet läses grundligt flera gånger för att få en helhet och djupare förståelse. Materialet delades sedan in i meningsenheter, vilket innebär att stycken som svarade på syftet och frågeställningarna valdes ut ur texten. Meningsenheterna kunde vara kortare eller längre meningar eller uttalanden.

Nyckelord och meningsenheter markerades således i texten genom att stryka under dem för att lyfta fram det väsentliga i artiklarna. Båda författarna har genomfört detta separat på alla artiklar. Därefter kondenserades meningsenheterna. Detta innebär att det viktigaste i meningsenheterna plockades ut och överflödigt text eliminerades. De kondenserade meningsenheterna förkortades till olika koder och placerades sedan med liknande koder i olika underkategorier. Sista steget var att skapa huvudkategorier utifrån underkategorierna för att få en ny helhet. Exempel på hur analysen gått till beskrivs i Bilaga III.

Etiska övervägande

Forsberg och Wengström (2008) belyser vikten av att ha etiska överväganden innan studien påbörjas. Helsingforsdeklarationen (2008) beskriver vikten av att skydda de personer som ingår i studien. Detta innebär bland annat att integriteten skyddas och personliga uppgifter undanhålls (Ibid). För att skapa ett tillförlitligt resultat är det viktigt enligt Forsberg och Wengström (2008) att författarna lägger sina förutfattade meningar åt sidan och granskar materialet förutsättningslöst. Artiklarnas resultat får inte plagieras eller förvrängas för att ge

en så korrekt bild av resultatet som möjligt (Forsberg & Wengström, 2008). Författarna genomarbetade resultatet noggrant för att undvika förvrängning och tolkning. Detta innebar en strävan att lägga förkunskaper och förförståelse åt sidan för att objektivt granska artiklarna. Originalartiklarna som användes har fått godkännande av en etisk kommitté eller har genomgått en etisk granskning. Studien innehåller artiklar med vuxna deltagare vilket enligt Helsingforsdeklarationen (2008) innebär att deltagarna ska vara över 18 år. Deltagarna har även fått information om studien och att denna ska vara frivillig. Detta innebär att deltagarna även har rätt till att när som helst avbryta deltagandet utan närmre förklaring. Etiska övervägande så som att bibehålla integriteten hos de intervjuade har respekterats i dessa studier och allt material har endast använts i forskningssyfte (Ibid). Detta har tagits hänsyn till då samtliga artiklar i denna studie uppfyller dessa krav.

RESULTAT

Analysprocessen resulterade i fyra huvudkategorier och nio underkategorier (tabell 2)

Tabell 2: Resultatets huvud- och underkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Chocken efter insjuknandet	Komplikationerna av stroke skapade lidande hos de närstående Förlorad frihet
Relationspåverkan	Försämrat partnerskap Ökat ansvar Påverkan på sociala relationer utanför familjen
Mötet med vården	Saknad av information Brist på stöd och dåliga kommunikation
Strategier för att klara den nya livssituationen	Klara av den första tiden Få mer energi att orka

Chocken efter insjuknandet

När en nära person drabbas av stroke upplevs det som en chock för de närstående. De trädde in i en förändrad livssituation som de inte tidigare kände till. Denna nya situation gav många känslor och fysiskt och psykiskt lidande uppkom. Rädslan över att inte klara av att hantera situationen framkom. Komplikationerna för den som drabbades av stroke fick upplevas betungande för de närstående, framförallt att deras nära var förändrade som person. De närstående kände även ett ansvar att hela tiden vara den drabbade nära vilket gjorde att deras frihet gick förlorad då de satte sina egna behov åt sidan.

Det hastiga insjuknandet

Det hastiga insjuknandet i stroke gjorde att hela livssituationen blev skrämmande och otrygg för de närstående (Lurbe- Puerto, Leandro & Baumann, 2011; Wallengren, Friberg & Segesten, 2008). Helt oförberett kastades de in i en ny situation (Smith, Lawrence, Kerr,

Langhorne & Lees, 2004). Bäckström och Sundin (2010) beskrev detta som att känslorna åkte ”berg- och dalbana” och många upplevde att livet rent och skärt var orättvist. De närstående upplevde också en ökad grad av psykiskt lidande (Draper & Brocklehurst 2007) och de kände en känsla av sorg, otillräcklighet och hade skuld-känslor att inte ha tillräcklig styrka för att klara av den nya situationen (Bäckström & Sundin, 2010; Mackenzie, Perry, Lockhart, Cotte, Cloud & Mann, 2007; Wallengren et al., 2008).

De närstående kunde känna sig arga och frustrerade över att deras nära hade drabbats av stroke (Bäckström & Sundin, 2007). Insjuknandet skapade ångest, rädsla och stress hos de närstående (Draper & Brocklehurst, 2007; Wallengren et al., 2008) vilket ledde till att trötthet och utmattning var ett återkommande problem (Bäckström & Sundin, 2010; Draper & Brocklehurst, 2007; Mackenzie et al., 2007; Silva-Smith, 2007; Smith et al., 2004; Wallengren et al., 2008). Även hjärtklappning, panikkänslor och rastlöshet var ett problem som kom i samband med att deras nära drabbats av stroke (Wallengren et al., 2008).

Komplikationerna av stroke skapade lidande hos de närstående

Trots att många mådde dåligt vågade de inte visa sina känslor inför den strokedrabbade. De ville visa sig starka och att de inte påverkats av situationen. Samtidigt som de inte ville oroa den drabbade (Smith et al., 2004). Men det var en svår situation. Då många strokedrabbad inte längre hade kvar förmågan av att klara sig själva efter att de drabbats av stroke. De närstående upplevde att den drabbades fysiska funktionsnedsättningar var en betungad del av sjukdomen (Smith et al., 2004). Ändå menade dem att dessa synliga nedsättningar var lättare att hantera än de dolda förändringarna den drabbade kunde få. Detta eftersom de upplevde sig få mer konkret hjälp med de synliga funktionsnedsättningarna (Bäckström & Sundin, 2010; Draper & Brocklehurst, 2007; Smith et al., 2004; Wallengren et al., 2008).

Många drabbade fick personlighetsförändringar på grund av att de drabbats av stroke (Bäckström & Sundin, 2010; Smith et al., 2004). Dessa beskrevs vara mycket svåra att hantera och acceptera för de närstående (Bäckström & Sundin, 2010; Greenwood, Mackenzie, Cloud & Wilson, 2010; Smith et al., 2004). De närståend menade att det var svårt att leva ihop med någon som blivit en annan person till följd av sina personlighetsförändringar (Bäckström & Sundin, 2009, 2010; Mackenzie et al., 2007). De menade att det upplevde det svårt att leva med den personen som den drabbade hade blivit efter sin stroke. Känslan av att inte länge trivas ihop gjorde att de närstående hade skuld-känslor och upplevde livet som mödosamt. De trodde inte att livet med den drabbade skulle kännas så jobbigt som det faktiskt gjorde (Bäckström & Sundin, 2010). De hoppades på att situationen skulle förändras och bli lättare med tiden (Bäckström & Sundin, 2009) samtidigt som Bäckström och Sundin (2007) och Lurbe-Puerto et al. (2011) beskrev i sina studier att många övergav tanken om att deras liv tillsammans skulle bli bättre.

Förlorad frihet

Att leva i detta kaos av känslor och livsförändringar gjorde att känslan av minskad kontroll över livet väcktes (Bäckström & Sundin, 2007; Greenwood et al., 2010). Spontaniteten försvann och hela livet var tvunget att noga planeras. Detta gjorde att de närstående kände att de förlorade sin identitet och sin självständighet (Bäckström & Sundin, 2009, 2010; Smith et al., 2004). De upplevde att deras egen tid minskade då de hela tiden var tvungna att engagera sig, motivera och uppmuntra den drabbade för att denne skulle komma tillbaka till vardagen igen (Bäckström & Sundin, 2007, 2010; Smith et al., 2004). Samtidigt belyser Bäckström och Sundin (2007); Draper och Brocklehurst (2007) att trots att detta var en påfrestande och betungande uppgift kände många att det var en plikt att utföra för att minska det begränsade

liv som den drabbade fått till följd av att de drabbats av stroke. Detta medförde att tiden till att ta hand om sig själva minskade vilket upplevdes som psykiskt och fysiskt utmattande av de närstående (Mackenzies et al., 2007). De menade att de hela tiden kände sig tvungna att vara runt den drabbade om något skulle behövas. Men det fanns även en rädsla över att något skulle hända den drabbade om denne lämnades ensam (Bäckström & Sundin, 2007; Greenwood et al., 2010; Silva-Smith, 2007; Smith et al., 2004). Alla begränsningar gjorde att livsvärlden blev inskränkt (Silva-Smith, 2007; Smith et al., 2004).

Relationspåverkan

Stroke efterlämnade sig en sorg över att livet inte var som förut. Sorgen grundade sig i att de inte längre kunde göra det de tidigare gjort tillsammans samt att den drabbade blivit förändrad som person. Detta gjorde att relationen mellan den drabbade och de närstående skadades både i och utanför familjen. De upplevde även att de fick en ökad press över att klara av hemmet och familjen på egen hand. Dessutom försämrades den ekonomiska situationen efter att deras nära drabbats av stroke.

Försämrat partnerskap

De närstående upplevde att ömsesidigheten försvann och att de gav mer än vad de fick tillbaka vilket gjorde att frustration uppstod (Bäckström och Sundin, 2009). De närstående längtade tillbaka till den närhet och ömhet som tidigare fanns i mellan dem. De saknade att kunna dela vardagens problem tillsammans som de gjort förut. Samtidigt som de upplevde sig tappa rollen som partners då det sexuella och/eller intellektuella utbyte försämrades eller försvann helt efter deras nära drabbats av stroke (Bäckström & Sundin, 2007, 2009; Lurbe-Puerto et al., 2011). De närstående som levde i ett äktenskap med en strokedrabbad beskrev att deras relation förändrades till att bli en mer vänskaplig relation. Hoppet om att detta med tiden skulle ändras tillbaka infann sig hos en del medan andra hade tappat hoppet om detta (Bäckström & Sundin, 2007, 2010; Silva-Smith, 2007; Smith et al., 2004). En oro väcktes över hur kärleksrelationen med den strokedrabbade skulle kunna fortsätta om den såg ut som den nu gjorde (Bäckström & Sundin, 2010). Skilsmässa, sågs för vissa närstående, som den enda utvägen för att kunna upprätthålla sin egen hälsa och fortsätta med sitt liv (Bäckström & Sundin, 2007, 2009). Känslorna var splittrade då de inte ville lämna den drabbade samtidigt som de inte kunde föreställa sig ett livslångt liv tillsammans med den person som känslomässigt hade blivit en annan. Vissa såg till och med döden som den enda utvägen. Men detta var något de inte vågade prata om eftersom de skämdes över att ens tänka på sådant (Bäckström & Sundin, 2007, 2010).

Påverkan på sociala relationer utanför familjen

Mycket förändrades i relationerna i familjerna och de närstående beskrev även att deras sociala liv blev negativt påverkat. Detta genom att dessa relationer blev mer begränsade efter det inträffade (Bäckström & Sundin, 2010; Lurbe-Puerto et al., 2011). De upplevde att vissa vänner aktivt valde att inte besöka dem lika ofta som de gjort innan deras nära drabbats av stroke (Bäckström & Sundin, 2007, 2010). Samtidigt undvek de närstående att delta i sociala sammanhang på grund av hur den strokedrabbade hade förändrats utseende- och beteendemässigt. Detta eftersom de trodde att detta skulle väcka negativ uppmärksamhet (Wallengren et al., 2008). Många av de närstående upplevde det jobbigt att förlora stora delar av sitt umgänge de tidigare haft (Greenwood et al., 2010) och en känsla av att vara ensam bland släktingar och vänner infann sig (Wallengren et al., 2008). De närstående ansåg att deras vänner och bekanta inte förstod deras situation med de krav som hela tiden fanns över att alltid behöva vara nära den drabbade (Bäckström & Sundin, 2007, 2009). I stället för att förklara sin situation med krav och allt vad den förändrade livssituationen innebar, valde vissa

närstående dock att inte prata om det för att inte väcka medlidande eller ses som klagande (Bäckström & Sundin, 2007, 2009). När det gäller stöd och hjälp från omgivningen motsvarade således inte detta deras förväntningar. De upplevde sig endast få lite hjälp och i vissa fall ingen hjälp av personer i omgivningen (Silva-Smith, 2007).

Ökat ansvar

Inte bara relationerna påverkades negativt på grund av stroke. De närstående upplevde även att de fick ett ökat ansvar när de både skulle ta hand om den strokedrabbade och resten av familjen (Silva-Smith, 2007; Bäckström & Sundin, 2007, 2010; Lurbe-Puerto et al., 2011). Belastningen ökade ytterligare då de var tvungna att ta över de ansvarsområden som strokedrabbade tidigare haft (Bäckström & Sundin, 2010). Oron var stor över att inte kunna hantera det nytillkomna ansvaret och ensam sköta hushållsansvaret (Bäckström & Sundin, 2009). Dessutom upplevde de att tiden inte längre räckte till för att bejaka de egna aktiviteterna och intressen som fanns vilka därför lades åt sidan. Detta gjorde att deras livssituation ännu mer kretsade kring den drabbade och det ökade ansvaret som hade infunnit sig i deras liv (Lurbe-Puerto et al., 2011; Silva-Smith, 2007).

De närstående kände även ett ökat ansvar att själva klara av den ekonomiska situationen. Den drabbade fick inte längre lika mycket inkomst som tidigare samtidigt som utgifter för bland annat läkemedel och sjukhusresor ökade (Silva-Smith, 2007; Bäckström & Sundin, 2009). Även det som behövdes göras om i hemmet på grund av den drabbades funktionshinder var en ekonomisk börda (Smith et al., 2004). De närstående upplevde helt klart en ökad oro och stress inför den ekonomiska framtiden. (Bäckström & Sundin, 2009; Draper & Brocklehurst, 2007; Greenwood et al., 2010; Silva-Smith, 2007; Smith et al., 2004).

Mötet med vården

De närstående var inte beredda på denna drastiska förändring i livssituationen och de hade ingen tidigare erfarenhet av något liknande. De behövde mycket stöd och information för att de själva och deras nära skulle kunna uppleva ett ökat välbefinnande.

Saknad av information

Information om stroke och kring den strokedrabbade var något närstående ville och behövde ha men som ofta saknades (Bäckström & Sundin, 2009, 2010; Mackenzie et al., 2007; Smith et al., 2004). Att personlighetsförändringarna kunde vara en naturlig del när man drabbats av stroke upplevde de närstående att de inte fick någon information om (Mackenzie et al., 2007). Smith et al. (2004) beskriver att informationen de närstående trots allt tillhandahöll upplevdes som icke adekvat och otillfredsställande för att på bästa sätt kunna hantera den förändrade situationen de hamnat i. Samtidigt belyser Smith et al. (2004) och Mackenzie et al. (2007) att de saknade skriftlig information vilket de närstående i början hade behövt då de befann sig i chock. För att få information, menar Bäckström och Sundin (2009, 2010); Mackenzie et al. (2007); Smith et al. (2004) i sina studier, var att de närstående själva var tvungna att söka upp den på andra sätt på grund av bristande engagemang från vården. Detta beskrevs som både tidskrävande, frustrerande och tron på vården försämrades (Wallengren et al., 2008). Även Mackenzie et al. (2007); Smith et al. (2004) menar att de närstående inte fick adekvat information och att de inte vågade be om mer och bättre information från vårdpersonalen då de upplevde att personalen hade mycket att göra och såg ut att vara upptagna.

Brist på stöd och dålig kommunikation

Mötena med vården upplevdes, av de närstående, sakna känslor och bekräftelse i deras situation (Bäckström & Sundin, 2010). De kände sig osynliga och utelämnade då vården inte

visade något intresse för dem (Bäckström & Sundin, 2010; Wallengren et al., 2008). Bäckström och Sundin (2009, 2010) fann i deras studier att fokus från vårdens sida låg på den drabbade och dennes fysiska funktionsnedsättningar. De närstående upplevde dock att de kognitiva och emotionella förändringarna hos den drabbade var mest påfrestande och saknade stöd för att kunna hantera detta. Samtidigt som de själva behövde prata med någon för att kunna hantera situationen lättare (Smith et al., 2004). De närstående trodde inte att det fanns något stöd att få då ingen nämnde något om det (Ibid).

Kommunikationen mellan vårdpersonal och de närstående var helt klart otillräcklig. Detta skapade en känsla av maktlöshet över livet och brist på kontroll. Vilket medförde att de kände sig utelämnade och ensamma i situationen (Greenwood et al., 2010; Mackenzie et al., 2007). Den dåliga kommunikationen och bristen på stöd gjorde att de närstående upplevde att det togs för givet att de skulle vara nära den drabbade och klara av den traumatiska situationen utan hjälp. Att vårdpersonalen inte tog hänsyn till deras ålder, hälsa och personliga omständigheter, var något som tyngde dem (Bäckström & Sundin, 2007, 2009, 2010; Smith et al., 2004). I de fall där kommunikationen om den drabbade fungerade mellan de närstående och vårdpersonalen kände de närstående en trygghet och säkerhet i vården. Detta gjorde att de kände sig bekräftade som person. Denna bekräftelse gjorde att de upplevde sig få mer kontroll över situationen och lättare kunde slappna av ifrån all oro som annars fanns hos dem (Bäckström & Sundin, 2007; Wallengren et al., 2008).

Strategier för att klara av den nya livssituationen

Att lära sig mer strategier för att kunna leva i den förändrade livssituationen utan att bli deprimerad eller frustrerad framstår som viktigt för de närstående. De närstående beskriver att de ansträngde sig för att hitta olika sätt som gjorde att de kände en öka kontroll över situationen. Detta genom att bland annat se möjligheterna i vardagen istället för att se alla hinder samtidigt som de betonade vikten av att kunna slappna av och bara tänka på sig själv i mellanåt. De närstående försökte bibehålla gamla vanor inom familjen för att upprätthålla familjelivet.

Klara av den första tiden

Efter att chocken hade lagt sig började de närstående acceptera det som hade hänt och försökte lägga fokus på att göra vad som krävdes för att få det att fungera i nuet och inte tänka bakåt (Bäckström & Sundin, 2007). Den strokedrabbades nedsättningar började småningom interageras och en känsla av acceptans infann sig i den nya livssituationen (Bäckström & Sundin, 2009, 2010). De upplevde att de börjat få stabilitet i livet och att ansträngningarna för att omstrukturera livet gav positiva resultat i den förändrade livssituationen (Bäckström & Sundin, 2007, 2010; Lurbe-Puerto et al., 2011; Silva-Smith, 2007; Wallengren et al., 2008). För att klara av den förändrade situationen och öka sitt välbefinnande beskrev de närstående att det var av stor vikt att börja omprioritera uppmärksamheten från den drabbade till att sätta sig själv på första plats. Detta för att inte känslorna som tidigare varit jobbiga kring den drabbade skulle påverka dem för mycket (Bäckström & Sundin, 2009, 2010).

Få mer energi att orka

Även humor och skratt användes av vissa närstående för att öka välbefinnandet, vilket neutraliserade situationen och gav en behagligare livssituation (Bäckström & Sundin, 2007; Greenwood et al., 2010). De närstående som upplevde glädje tillsammans med den drabbade hade mer ork att fortsätta kämpa för att få en mer glädjefylld vardag. Medan de som inte upplevde glädje tillsammans kände en högre grad av pessimism över livet (Wallengren et al., 2008). Vidare belyste Smith et al (2004) att de närstående med tiden lärde sig vikten av att

kunna släppa oron och rädslan kring den strokedrabbade för att kunna återhämta kraft och inte bli utmattade av situationen. De som inte kunde stänga av känslorna var irriterade och hade inget tålamod framåt kvällen när de hade varit tillgängliga och hjälpt den drabbade hela dagen (Smith et al., 2004).

För att stänga av känslorna och hämta kraft kunde arbetsplatsen ses som en frizon för att komma bort från hemmet och tid att bara vara och tänka på sig själva (Bäckström & Sundin, 2007, 2009, 2010). Med tiden kunde de be om hjälp av omgivningen för att få tid till att uträtta olika ärenden och därigenom få mer egen tid och inte behöva lämna den strokedrabbade ensam. Dessutom insåg de vikten av att dela sin oro, sina frågor och funderingar med omgivningen. Detta medförde att de inte kände sig lika ensamma i situationen som tidigare. Vilket var en nödvändighet för deras eget välbefinnande och ett sätt att komma omgivningen närmare (Bäckström & Sundin, 2009, 2010; Greenwood et al., 2010; Silva-Smith, 2007; Lurbe-Puerto et al., 2011). Vissa menade att det kändes svårt i början att behöva fråga om någon kunde hjälpa till. Men när de väl tog steget kändes det tryggt och skönt att komma bort en stund från hemmet utan att behöva känna stress och oro över den drabbade. Ju längre tiden gick, ju mer vågade de lämna hemmets dörrar utan skuld och rädsla (Silva-Smith, 2007).

Något som hjälpte var att träffa andra i samma situation. De kände gemenskap och stöd då det fanns ömsesidig förståelse. Erfarenheter utbyttes och de gav varandra råd hur de själva gjort i olika situationer (Bäckström & Sundin, 2007, 2010). Alla sätt att hantera den förändrade livssituationen lärde de närstående sig genom dessa möten och genom att själva testa sig fram vilket som fungerade bäst för dem. Detta gav dem styrka och tilltro till sin egen förmåga att lösa problem och klara svårigheter (Bäckström & Sundin, 2010; Lurbe-Puerto et al., 2011). Bäckström och Sundin (2007, 2009) och Wallengren et al. (2008) belyste att de närstående slutade att tänka på den osäkra framtiden och tog en dag i taget. De började även uppskatta livet som det var här och nu och såg livet med mer ”ödmjuka ögon” då de visste att livet kunde ta en snabb och oväntad vändning när som helst (Bäckström & Sundin, 2007, 2009; Wallengren et al., 2008).

DISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa hur närståendes livssituation påverkas av att en nära person drabbats av stroke och överlevt. Studiens resultat visar att när en person drabbats av stroke påverkas inte bara personen själv utan hela omgivningen.

Metoddiskussion

Syftet med studien är att studera upplevelsen av att vara en närstående till en person som har drabbats av stroke. En intervjustudie skulle kunna ha gjorts för att svara på syftet men en litteraturstudie med sammanställt material från tidigare forskning besvarar även syftet. Även brist på erfarenhet vad gäller intervjuteknik gjorde att en intervjustudie uteslöts. Relevant information och fakta inför arbetet kan ha gått förlorat då det inte fanns chans för följdfrågor eller be deltagarna att utveckla sina svar. Att använda sig av redan skriven forskning gör att författarna frikostigt får tillgång till material utan att själva behöva ställas inför en intervjusituation.

Datamaterialet utgjordes av tidigare nyligen publicerade originalartiklar vilka granskades och analyserades utifrån en induktiv ansats. Kvalitativa artiklar valdes till studien då dessa belyser erfarenheter och beskriver människans subjektiva upplevelser och detta svarar på studiens syfte. Kvantitativa artiklar används i resultatdiskussionen där studierna är framarbetade

genom att se, förutsäga och förklara ett specifikt område med hjälp av olika mätmetoder. Användning av både kvalitativa och kvantitativa artiklar kan vara att föredra eftersom problem kan ses ur olika vinklar och aspekter (Forsberg & Wengström, 2008). Genom att sammanföra tidigare forskning och analysera dessa med minsta möjliga omtolkning återskapades en ny helhet som svarar på studiens frågeställningar.

Databaserna som användes var CHINAL, Pubmed och Medline. De valda databaserna innehåller tusentals artiklar inom ämnet hälso- och sjukvård och de ansågs utgöra en tillräckligt stor grund inför studien och andra databaser kunde därför exkluderas. Valet av databaserna baserades på att författarna behärskar dessa och dessa tre hade högst chans att få fram artiklar som var relevanta för ämnesvalet. Eftersom tillräckligt många artiklar hittades i dessa tre databaser valdes att inte söka vidare. Det finns dock risk andra betydelsefulla artiklar gick förlorade då andra databaser valdes bort. Författarna använde sig av Ulrichweb (2011), primärkällor och vetenskapligt granskade tidskrifter vilket anses höja trovärdigheten i resultatet.

Genom att tydligt formulera inklusions- och exklusionskriterier var det lätt att sortera bort icke relevant material till studien. De utvalda artiklarna kommer från Sverige, Storbritannien, Portugal och USA vilket gav en större bredd i litteraturstudien. Resultatet i studien ses inte som överförbart till att gälla alla närstående till strokedrabbade, men dock kan många känna igen sig resultatet och kan således gälla för en del närstående.

Forskning utvecklas och förnyas ständigt och artiklar som var åtta år eller yngre valdes för att de ska representera tidsaktuell forskning. Forsberg och Wengström (2008) betonar vikten av att avgränsa sökningarna till aktuell forskning och därmed rensa bort äldre forskning och endast använda de nyaste artiklarna. Detta har bejakats i studien. Sökorden valdes ut efter en diskussion mellan författarna. Användandet av neutrala sökord som var icke värderande anses som en styrka eftersom den egna förförståelsen inte speglas i resultatet. Det finns en medvetenhet om att resultatet kunde blivit ett annat om andra sökord användes. Att samma träffar återkom i de olika databaserna men också i de olika sökordskombinationerna är en styrka då detta visar på bra val av sökord som ger träffar på relevanta artiklar.

För att undvika feltolkningar och missförstånd valdes artiklar skrivna på svenska och engelska då detta är språk som författarna behärskar på ett bra sätt och analysen av dessa kunde lättare ske. Genom att använda lexikon för svårbegripliga ord minskades risken för feltolkningar och att viktigt resultat gick förlorade. Trots att författarna har försökt ha en neutral hållning till materialet finns ändå en viss förförståelse och en liten omtolkning kan ha skett. Omtolkningsproblemen kan framförallt skett då materialet var skrivet på engelska och författarna själva översatte det till Svenska. Att vara medveten om förförståelsen anses som en styrka (Forsberg & Wengström, 2008). Författarna har diskuterat och reflekterat mycket över förförståelsen under arbetets förfarande och försökt att ha en neutral hållning och lägga förförståelsen åt sidan. Forsberg och Wengström (2008) betonar också vikten av att forskarna ska ha en objektiv hållning till materialet.

Ett noggrant analysförfarande har skett utifrån Graneheim och Lundman (2008). För att öka analysens trovärdighet i studien läste och analyserade författarna artiklarna först själva, oberoende av varandra för att sedan tillsammans jämföra analyserna och diskuterar innehållet (Patel & Davidson, 2011; Graneheim & Lundman, 2008; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Detta för att opartiskt kunna se en helhet och ett sammanhängande resultat (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Efter att flera gånger läst artiklarna beslutades tillsammans vilka

delar i resultatet i de olika artiklar som svarade på syfte, frågeställning och problemformulering och dessa användes i analysen.

Tydligheten och noggrannheten i analysförfarandet påverkar tillförlitligheten och ökar också trovärdigheten i föreliggande studie. Studiens resultat får stöd av tidigare forskning vilket ökar resultatets trovärdighet.

Deltagarna i artiklarna hade olika relation till den strokedrabbade vilket kan göra att känslor och upplevelser kan påverkas. En svaghet kan ses då majoriteten av de närstående var kvinnor. Anledning till detta kan vara att medelåldern för kvinnor att insjukna är högre än för män. Resultatet representerar därmed mer kvinnors synsätt.

En ökad trovärdighet kan ses genom att studien har utförts av två författare som noggrant granskat materialet och reflekterat och diskuterat under studiens gång. En ödmjukhet inför tolkning och sammanställning av resultat finns då det är första gången författarna gör en studie som ovanstående. Med mer erfarenhet hade möjligtvis fler undergrupper framkommit och resultatet setts ur en annan synvinkel.

Studien innehåller tre vetenskapliga artiklar utgivna av samma författare. Detta kan ses som en svaghet då deltagarna är de samma i alla studierna. Detta kan även ses som en styrka då deltagarna är bekanta med forskarna och denna bekvämlighet kan ha gjort att deltagarna lättare har kunnat dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser. En styrka ses då forskarna har intervjuat deltagarna under olika tider efter insjuknandet.

Resultatdiskussion

Chocken efter insjuknandet

I litteraturstudien visades att när någon drabbas av stroke förändras livsvärlden på bara några sekunder. En ny förändrad situation skapas där majoriteten av närstående inte har någon tidigare kunskap om vad stroke innebär eller vilka konsekvenser stroke kan medföra. Detta kan ur ett vårdvetenskapligt perspektiv ses som ett livslidande (Wiklund, 2003) då det vardagliga livet sätts på spel och inte längre kan tas för givet. Detta är i enlighet med vad Pierce, Steiner, Govoni, Thompson och Friedemann (2007) beskriver i sin studie som menar att ingen förkunskap finns kring hur den förändrade livssituationen ska hanteras vilket gör hela situationen osäker och otrygg. I litteraturstudien beskrevs detta som skrämmande och ett kaos skapas när deras livssituation hastigt förändras vilket gör att de upplever ett ökat psykiskt lidande och stress. Detta belyses även i Buschenfeld, Morris och Lockwood (2009) studie. I deras studie framkommer att flertalet av de närstående upplever den förändrade situationen som påfrestande och utmattande eftersom deras primära behov sattes åt sidan och all fokus kretsar kring den drabbade. Även Garrett och Cowdell (2005) säger att de närstående betonar att hela livet kretsade kring den strokedrabbade den första tiden efter insjuknandet vilket gjorde att de närståendes eget välbefinnande sattes åt sidan. Vidare belyser Garrett och Cowdell (2005) att de närstående upplevde sig förlora sitt liv och sin självständighet då de kände sig tvungna att vara kring den strokedrabbade 24 timmar om dygnet. Detta stämmer överrens med vad som framkommit i litteraturstudiens resultat.

I föreliggande studie framkom att de närstående kände en oro över att den strokedrabbade skulle bli sämre. De beskriver även att de har svårt att slappna av eftersom de hela tiden funderade på om den drabbade skulle bli sämre. Detta är något som även Pierce et al. (2007) betonar. Garrett och Cowdell (2005) beskriver att de glömde bort att bl.a. äta och sova första tiden efter att deras nära hade insjuknat. Trots det kaos som försökte de närstående ändå finnas kring den strokedrabbade för att uppmuntra och skapa en bättre återhämtning för denne

(Pierce et al. 2007), vilket kan ses som ett sätt att försöka minska den strokedrabbades lidande för att främja välbefinnande. Samtidigt som de närstående kände sig behövda och att de uppfyllde en roll när de kunde hjälpa den drabbade. Detta bidrog till att de närståendes tid för egna intressen minskade och möjligheten till vila och avkoppling försvann (Franzén- Dahlin, 2012). Ändå försökte upprätthålla en fasad inför den strokedrabbade för att inte visa att insjuknandet även påverkade dem. De ville visa sig starka men i själva verket hade hela deras liv satts i gungning (Pierce et al. 2007; Garrett & Cowdell, 2005), något som stämmer överrens med föreliggande studies resultat. Allt detta kan sammanfattas i vad Cullberg (2006) beskriver som chockfasen och reaktionsfasen som ingår i en krisreaktion.

I föreliggande studies resultat framkommer att de närstående ofta visar en samlad fasad utåt men bakom denna upplever personen ett kaos där känslorna åker ”berg-och-dalbana”. Detta överensstämmer med vad Cullberg (2006) beskriver som en del i chock- och reaktionsfasen. Litteraturstudiens resultat beskriver att insjuknandet ger ett livslidande som skapar ångest, stress och rädsla. Detta kan ur ett vårdvetenskapligt perspektiv förstås som att personen tappar fotfästet i livet genom den förändrade tillgången till liv. Dahlberg och Segesten (2010) uttrycker det som att när kontrollen över livet förloras, känns existensen osäker och främmande. Vilket Cullberg (2006) menar skapar känslor såsom sorg och förtvivlan.

Relationspåverkan

Att kroppen och intellektet fungerar som det ska är något många av oss tar för givet. I studiens resultat framkommer att det är först när en traumatisk händelse inträffar som man börjar tänka på att man faktiskt inte kan fungera som tidigare. De närstående upplevde en sorg och svårighet att leva med någon som efter en stroke förändrats så mycket i personligheten och kroppens funktioner. Franzén-Dahlin (2012) beskriver att det är vanligt att de närstående drabbas av depression efter att en nära drabbats av stroke, särskilt om den drabbade fått förändringar i personligheten. Inom vårdvetenskapen skapar ett livslidande djupa existentiella frågor som kan ses ovan. Buschenfeldt et al. (2009) beskriver att flertalet närstående kände sig förvirrade i att leva med någon som förändrats så mycket.

Buschenfeldt et al. (2009) och Perce et al. (2007) beskriver liksom framkommet resultat att de fysiska funktionsnedsättningarna och beteendeförändringarna gjorde att relationen påverkades negativt och ömsesidigheten mellan parterna försvann. Personlighetsförändringarna födde känslan av att de förlorat den person som de en gång levt med och existentiella frågor väcktes som att de inte visste hur de skulle hantera dessa förändringar på bästa sätt. Litteraturstudiens resultat överensstämmer med vad Pierce et al. (2007) beskriver att de närstående upplevde det som att den strokedrabbade hade blivit en främling på grund av personlighetsförändringarna. Resultatet visade även att de närstående upplevde att det intima och sexuella umgänget försämrades eller till och med försvann helt vilket även visas i Buschenfeldt et al. (2009); Forsberg-Wärleby, Möller och Blomstrands (2004) studier.

Resultat av litteraturstudien visade att ett lidande upplevdes då den förändrade livssituationen gjorde det svårt att upprätthålla de tidigare familjeförhållandena vilket även Buschenfeldt et al. (2009) betonar. Samtidigt framkom i resultatet att när stroke drabbar en familjemedlem innebär det automatiskt att hushållsansvaret förändrades drastiskt vilket även styrks av Buschenfeldt et al. (2009); Pierce et al. (2007); Forsberg-Wärleby et al. (2004). Från att tidigare delat på hushållsarbetet till att nu överta hela ansvaret var svårt då de närstående var rädda för att inte kunna klara av den nya rollen.

I litteraturstudiens resultat framkom att de närstående kunde känna en oro kring ekonomin. Detta eftersom den sjukes inkomst minskade samt att utgifterna ökade i samband med insjuknandet vilket även Forsberg-Wärleby et al. (2004) styrker. Detta är något som Buschenfeld et al. (2009) motsäger i sin studie där flera av de närstående inte alls var bekymrade över den ekonomiska biten då de menade att pengar inte var allt och trots att det ibland var svårt ekonomiskt så klarade de sig alltid. Detta väcker frågor om de närstående i Buschenfeld et al (2009) studie var mer rustade ekonomiskt sett, om något skulle hända genom exempelvis försäkringar och sparkapital eller om det var så att de anpassade sig till det nya livet snabbare och såg möjligheterna istället för hindren. Kan det vara så att de i ovanstående studie har fått mer hjälp att bearbeta det som hänt och fått mer information kring ekonomiskt stöd?

Mötet med vården

Resultatet av litteraturstudien visar att majoriteten av de närstående saknade tillräcklig med information och fann stödet från vårdpersonalen som otillräckligt. Pierce et al. (2007) och Buschenfeld et al. (2009) menar att flertalet närstående kände sig utelämnade och saknade vårdens stöd för att på bästa sätt hantera den traumatiska situation de så plötsligt hamnat i då livsvärlden satts i gungning. Detta betonar även Garrett och Cowdell (2005) och Krevers och Öberg (2010) som i sina studier även belyste att alla frågor kring effekterna av stroke var något de flesta närstående ville prata med vårdpersonalen om och inte behöva ta reda på själva. De ville veta allt kring prognos, undersökningar och vad som skulle hända framåt i vårdprocessen.

I resultatet framkom att de närstående hade önslemål om att få hjälp och stöd av vården automatiskt. Krevers och Öberg, (2010) beskriver i sin studie att de närstående menade att vårdpersonalen borde stannat upp och frågat vad de behövde och ville ha för stöd och information kring situationen för att öka deras välbefinnande. Detta eftersom de närstående inte ville besvära vårdpersonalen med frågor eftersom de upplevde att vårdpersonalen hade så mycket annat att göra att de inte hade tid att stanna upp (Krevers & Öberg, 2010). Här väcks frågan om detta kan vara en av förklaringarna till att det i resultatet framkommit att informationen och stödet från vårdpersonalen upplevts som otillräckligt.

I Krevers och Öberg (2010) studie framkommer att de närstående upplever att vårdpersonalen var otydliga. Detta medförde att de närstående inte fick de svar på sina frågor som de både vill och behövde ha för att klara av situationen och ett ökat lidande skapades något som överensstämmer med litteraturstudiens resultat. Som Krevers och Öberg (2010) belyser vill de närstående att vårdpersonalen ska bemöta dem på ett respektfullt sätt och göra dem delaktiga i vården så att de inte känner ett utanförskap. Här har sjuksköterskor en skyldighet enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 3 § att ge information som är individanpassad. Det är viktigt att som vårdpersonal tillhandahålla adekvat information för att öka delaktigheten och därigenom minska vårdlidandet.

I föreliggande resultat framkommer att de närstående ansåg sig inte få adekvat information och saknade skriftlig information helt. Eldh (2009) belyser vikten av att informationen upprepas och sker både skriftlig och muntligt. Detta för att när man befinner sig i en kris kan det vara svårt att ta till sig informationen. Vidare beskriver Franzén- Dahlin (2012) att behovet av information och stöd varierar över tiden beroende på den drabbades nedsättningar och den närståendes egen situation.

Strategier för att klara den nya livssituationen

I litteraturstudien framkom att med tiden växte erfarenhet och kunskap kring sjukdomen stroke fram. De närstående upplevde att den förändrade livssituationen var mer hanterbar vilket även Pierce et al. (2007) funnit i sin studie. Genom att känna kontroll över situationen kan välbefinnandet öka. Litteraturstudiens resultat visar på att efter en tid hittar man olika strategier för att uppleva ett välbefinnande i vardagen. Detta är vad Cullberg (2006) beskriver som en del i bearbetnings- och nyorienteringsfasen. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att trots att det inte går att kontrollera det trauma som inträffat har varje individ fortfarande kontroll över hur de förhåller sig till det inträffade. Det kan vara svårt att uppleva hälsa i denna situation men med mycket hjälp av professionell art kan individen uppleva välbefinnande trots sjukdom.

För att uppleva hälsa är hoppet en grundläggande förutsättning. Hoppet är varmt förknippat med att tron på att en framtid finns (Willman, 2009). De närstående beskriver att de länge levde på hoppet om att det en dag skulle bli bättre vilket även framkommer i Buschenfeld et al. (2009) studie. De visade sig att de närstående som har hittat fungerande strategier har upplevt ett mindre lidande och ett större välbefinnande. Wiklund (2003) beskriver att med tiden och genom att få distans till den kaotiska situationen ökar möjligheten till att handla mer genomtänkt. I förändrade livssituationer växer och utvecklas människor. Utveckling är en process som hela tiden sker fortlöpande och möjligheten till att utvecklas sker först när man är medveten om och har tillgång till sina egna inre resurser eller får hjälp av omgivningen (Ibid, 2003). Ären kommer alltid att finnas kvar men de hindrar inte personen att leva ett gott liv (Cullberg, 2006). Wiklund (2003) beskriver ur ett vårdvetenskapligt perspektiv att när acceptans och mening i det inträffade finns minskar lidandet och välbefinnandet ökar.

SLUTSATS

Syftet med studien var att belysa hur närståendes livssituation upplevs efter att en nära drabbats av stroke och överlevt. En slutsats kan dras att de närstående upplevde sig få en sämre livssituation och att deras eget välbefinnande blev minskad genom att livet helt plötsligt blev förändrat. Det framkom i studien att relationerna i och utanför familjen påverkades negativt, men de goda relationerna var av stor vikt för att bidra till ett ökat välbefinnande hos de närstående. Det är viktigt att som allmänsjuksköterska inte glömma bort att de närståendes livssituation påverkas och förändras när en nära drabbas av ett trauma så som stroke. En slutsats kan även dras att erfarenheter fås med tiden men genom att få stöd från familj och vänner men också professionella vårdare kan de närstående få verktyg som gör att de kan hantera livet och lättare komma vidare.

Utifrån resultatet kan slutsatsen om att det föreligger brist på delaktighet, information och stöd från vården dras. Här är det av stor vikt att man utformar information och stöd individuellt för att skapa de bästa förutsättningarna för att den drabbade och dennes närstående ska kunna få ett minskat vård- och livslidande och känna sig interagerade i vården. Som allmänsjuksköterska kan denna kunskap vara av nytta för att kunna hjälpa personer i liknande situationer.

Förslag på fortsatt forskning

I föreliggande studie framkommer att närstående upplever brister i stöd och information från vården. Eftersom detta var ett återkommande problem bland de närstående är fortsatt forskning inom området aktuellt. Även fortsatt forskning om hur stödet och informationen skulle kunna förbättras är av vikt då många närstående upplever detta som otillräckligt. Ett

annat intressant ämne är även att vända på problemet och studera ur ett sjuksköterskeperspektiv och hur de gör för att ge information och stöd. Likaså hur sjuksköterskorna arbetar för att involvera de närstående i vården. Att göra en intervention och jämföra två grupper till exempel en grupp närstående som får stöd via en ”strokegrupp” och en grupp som inte får detta stödet och se om det finns skillnader. Tänkvärt är även att se om samma problematik finns och i andra kulturer.

REFERENSER

- Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2009). Familj och sociala relationer. I F. Friberg. & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 67-88). Studentlitteratur.
- Buschenfeld, K., Morris, R. & Lockwood, S. (2009). The experience of partners of young stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1643-1651.
- Bäckström, B. & Sundin, K. (2007). The meaning of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 month after discharge from a rehabilitation clinic. *Nursing Inquiry*, 14, 243-254.
- Bäckström, B. & Sundin, K. (2009). The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 year after discharge from a rehabilitation clinic: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1475-1484.
- Bäckström, B. & Sundin, K. (2010). The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke – six months after discharge from a rehabilitation clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 116-124.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fageberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Draper, P., & Brocklehurst, H. (2007). The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study. *Journal Of Clinical Nursing*, 16 (2), 264-271.
- Elh, A-C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg. & H. Wijk. (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 28-43). Studentlitteratur.
- Franzén- Dahlin, Å. (2012). Närstående. I A-C. Jönsson (red.), *Stroke, patienters, närståendes och vårdarens perspektiv* (s. 241-248). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- Forsberg- Wårleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2004). Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. *Journal of rehabilitation medicine*. 36 (1), 4-11.
- Friberg, F. (Red.).(2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär. & B. Lundman. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

- Garrett, D. & Cowdell, F. (2005). Information needs of patients and carers following stroke. *Nursing older people*, 17 (6), 14-6.
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. & Wilson, N. (2009). Managing uncertainty in life after stroke: a qualitative study of the experience of established and new informal carers in the first 3 months after discharge. *International Journal of Nursing Studies* 46 (8), 1122-33.
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. & Wilson, N. (2010). Loss of autonomy, control and independence when caring: A qualitative study of informal carers of stroke survivors in the first three months after discharge. *Disability and Rehabilitation*, 32, 125-133.
- Helsingforsdeklarationen (1964/2008). Hämtad 15 oktober, 2012, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Hjärt- Lungfonden (2012). *Symptom stroke*. Hämtad 12 oktober, 2012, från <http://www.hjartlungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Stroke/Behandling-stroke/>
- Hunt, D & Smith, J.A. (2004). "The personal experience of carers of stroke survivors: an interpretative phenomenological analysis". *Disability and Rehabilitation*, 26 (16), 1000-1011.
- Jahren- Kristoffersen, N. & Breieve, G. (2006). Lidande hopp och livsmod. I N. Jahren- Kristoffersen. & F. Nortvedt. & E-A. Skaug (red.), *Grundläggande omvårdnad del 3* (s. 157-205). Stockholm: Liber AB.
- Jönsson, A-C. (2012). Stroke- en folksjukdom. I A-C. Jönsson (red.), *Stroke. Patienters, närståendes och vårdarens perspektiv* (s. 25-34). Lund: Studentlitteratur.
- Krevers, B. & Öberg, B. (2010). Support/services and family carers of persons with stroke impairment: perceived importance and services received. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, 204-209.
- Kouwenhoven, ES., Kirkevold, M., Engedal, K. & Kim, SH. (2011). 'living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of advanced nursing*. 68 (8), 1726-1737.
- Lurbe-Puerto, K., Leandro, M-E. & Baumann, M. (2011). Experiences of caregiving, satisfaction of life, and social repercussions among family caregivers, two year post-stroke. *Social work in health care*. 51 (8), 725-742.
- Mackenzie, A., Perry, L., Lockhart, E., Cottee, M., Cloud, G. & Mann, H. (2007). Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. *Disability and rehabilitation*, 29 (2), 111-121.
- Murray, C.D. & Harrison, B. (2004). "The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis". *Disability and rehabilitation*, 26 (13), 808-816.
- Naess, H., Lunde, L. & Brogger, J. (2012). The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: The Bergen Stroke Study. *Vasc Health Risk Manag*. 8, 407-413.

- O'Connell, B. & Baker, L. (2004). Managing as carers of stroke survivors: Strategies from the field. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 121–126.
- O'Sullivan, T., Ghazzawi, A., Stanek, A. & Lemyre, L. (2012). "We don't have a back-up plan": An Exploration of family contingency planning for emergencies following stroke. *Social work in health care*. 51 (6), 531-551.
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pierce, LL., Steiner, V., Govoni, A., Thompson, TC. & Friedemann, ML. (2007). Two sides to the caregiving story. *Top stroke rehabilitation* 14 (2), 13-20.
- Santamäki Fischer, R., & Dahlqvist, V. (2009). Tröst och trygghet. I A-K. Edberg. & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s.115-136). Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.
- Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. I A-K. Edberg. & H. Wijk. (red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s.711-748). Studentlitteratur.
- Silva- Smith, A. (2007). Restructuring life: preparing for and beginning a new caregiving role. *Journal of Family Nursing* 13 (1), 99-116.
- Smith, N., Lawrence, M., Kerr, S., Langhorne, P. & Less, K (2004). Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing* 46 (3), 235–244.
- Strokeförbundet (2010). *Vad är stroke*. Hämtad 15 oktober, 2012, från <http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20%E4r%20stroke?>
- Svensson, L. (2007). Neurologiska sjukdomar. I N. Grefberg. & L-G. Johansson. (red.), *Medicinboken: vård av patienter med invärtes sjukdomar* (s. 517-574). Stockholm: Liber AB.
- Terent, A. (2007). Epidemiologi och incidens av stroke i Sverige. I T. Mätzsch. & A. Gottsäter. (red.), *Stroke och cerebrovaskulära sjukdom* (s. 13-21). Studentlitteratur.
- Ulrichweb. (2011). Hämtad 13 oktober, 2012, från <http://ulrichsweb.serialssolutions.com/>
- Wallengren, C., Friberg, F. & Segesten, K. (2008). Like a shadow – on becoming a stroke victim's relative. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 48-55.
- Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Willman, A. (2009). Hälsa och Välbefinnande. I A-K. Edberg. & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 28-43). Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bachsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Sökningar i Cinahl

Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar till studien
	Stroke	40 544	-	-	-	-
	Family	110 952	-	-	-	-
	Related	166 415	-	-	-	-
	Experience	84 007	-	-	-	-
	Qualitative	57 526	-	-	-	-
	Adaption	106	-	-	-	-
	Life	152 776	-	-	-	-
	Satisfaction	53 727	-	-	-	-
	Care	593 742	-	-	-	-
	Patient	383 734	-	-	-	-
	Survivors	15 467	-	-	-	-
	Information	203 623	-	-	-	-
Peer reviewed English language Published date from: 2004-2012	Stroke AND Family AND Experience AND Qualitative	34	34	13	10	5
Peer reviewed English language Published date from: 2004-2012	Stroke AND Related AND Experience AND Qualitative	26	26	6	3	2
Peer reviewed English language Published date from: 2004-2012	Stroke AND Family AND Experience AND Adaptation	20	20	8	5	3
Peer reviewed English language Published date from: 2004-2012	Stroke AND Family AND Life AND Satisfaction	30	30	8	4	2

Sökningar i Cinahl

Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar till studien
Peer reviewed English language Published date from: 2004-2012	Stroke AND Family AND Care AND Qualitative AND Patient	26	26	7	3	1
Peer reviewed English language Published date from: 2004-2012	Stroke AND Family AND Care AND Satisfaction AND Patient	28	28	7	3	1
Peer reviewed English language Published date from: 2004-2012	Stroke AND Survivors AND Care AND Qualitative	44	44	9	3	1
Peer reviewed English language Published date from: 2004-2012	Information AND Stroke patients AND Carers	29	29	3	1	1

Sökningar i PubMed

Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar till studien
	Stroke	187 524	-	-	-	-
	Family	805 702	-	-	-	-
	Experience	399 738	-	-	-	-
	Related	1541 410	-	-	-	-
	Survivor	58 650	-	-	-	-
	Care	1418 972	-	-	-	-
	Quality	613 944	-	-	-	-
	Effects	4661 238	-	-	-	-
	Ischemic stroke patient	29 196	-	-	-	-
Abstract available Publication dates 10 years English languages	Stroke AND Family AND Experience AND Related	26	26	4	3	1
Abstract available Free full text available Publication dates 5 years English languages	Stroke AND Family AND Care AND Quality	32	32	3	2	1
Abstract available Free full text available Full Text available Publication dates 10 years English languages	Effects AND Life AND Ischemic stroke patient	35	35	1	1	1
Publication dates 10 years		20	20	1	1	1

Sökningar i Medline

Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar till studien
	Stroke	162 896	-	-	-	-
	Survivor	5 116	-	-	-	-
	Family	691 765	-	-	-	-
	Care	1 414 349	-	-	-	-
	Patient	1 691 218	-	-	-	-
	Qualitative	110 761	-	-	-	-
Publication dates 2004-2012 English languages	Stroke AND Survivor AND Family AND Care	19	19	5	2	1
Publication dates 2004-2012 Linked full text Abstract available Human English languages	Stroke AND Patient AND Care AND Qualitative	40	40	2	2	1

Finns tydlig och klart formulerat syfte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Finns tydlig, klar och rimlig motivering för vikten av studien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Finns etiska resonemang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är urvalet beskrivet och relevant?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är bortfallet väl beskrivet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är datainsamlingensprocessen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är inklusions- och exklusionskriterierna angivna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är designen relevant för att kunna besvara frågeställningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är resultatet logiskt och begripligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är resultatet som presenteras baserat på insamlade data?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Kan resultatet återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Har resultatet trovärdigt (källor bör anges)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Har resultatet klinisk relevans?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Diskuteras risk för bias?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är slutsatserna rimliga?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Följer studien en röd tråd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är studien välskriven, lättläst och tydlig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Skall artikeln inkluderas?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
När en person drabbas av stroke gör detta att de närstående ägnade mer tid till den drabbade och satte sig själv och sina aktiviteter åt sidan.	De närståendes livssituation förändrades drastiskt och de fick mindre tid till sig själva.	Förändrad livssituation för de närstående	Förlorad frihet	Chocken efter insjuknandet

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
När chocken hade lagt sig hos de närstående insåg de att det var av stor vikt att inte lägga all fokus på den strokedrabbade utan bejaka sina egna behov och intressen för att inte själv gå under som människa.	De närstående lärde sig med tiden att hitta olika sätt hantera och leva i den förändrade livssituationen för att få ett behagligare liv	Vikten av att bejaka sig själva	Få mer energi att orka	Strategier för att klara den nya livssituationen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
De närstående upplevde att kontakten med sjukvården var dålig då kommunikationen och informationen var bristfällig. Detta gjorde att de närstående kände sig utelämnade och ensamma	Brist av kommunikation och information från vården gjorde att de blev utelämnade	Brist i vården	Brist på stöd och dålig kommunikation	Mötet med vården

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Många närstående valde att stanna hemma med den strokedrabbade på grund av praktiska problem och rädsla över att lämna denne ensam. Detta gjorde att många sociala kontakter försvann och blev lidande.	Sociala livet blev lidande på grund av stroke då det var svårt att finna tid till dessa.	Negativ påverkan av det sociala livet	Påverkan på sociala relationer utanför familjen	Mötet med vården

Författare, artikelns titel, tidskrift och land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Bäckström, B. & Sundin, K. (2007)</p> <p>The meaning of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 month after discharge from a rehabilitation clinic: a qualitative study</p> <p><i>International Journal of nursing studies</i> 46 (11), 1475-1484.</p> <p>Sverige</p>	<p>Innebörden av att vara en medelålders nära släkting till en person som har drabbats av stroke, 1 månad efter att de har lämnat en rehabiliteringsklinik .</p>	<p>Design: Longitudinell Metod: Kvalitativ Population: <u>Inklusionskriterier:</u> medelålders nära släktingar. Bekräftad stroke för första gången, bestående neurologiska symptom och förväntas behöva vård i mer än 6 månader. Inga tecken på annan samtidig elakartad eller snabbt progressiv sjukdom. De närstående skulle vara av stor vikt i den strokedrabbades dagliga liv efter utskrivning. Deltagarna och den drabbade ska vara mellan 18-65 år. <u>Exklusionskriterier:</u> behöver ej leva i samma hushåll som patienten. De närstående skulle inte själva ha drabbats av en stroke Urvalsförfarande: Nio medelålders personer rekryterades från författarnas tidigare studier genom en strokevårdande sjuksköterska som frågade strokeofferna efter närstående som skulle kunna komma att delta. Urval: Tio deltagare. två män och sju kvinnor i åldrarna 23-58 år. Sju var partner och två var morföräldrar. Åtta av dem levde i samma hushåll som patienten. Datainsamlingsmetod: Intervjuer 3-4 veckor efter utskrivning. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant Analysmetod: Fenomenologisk</p>	<p>Studien godkändes av överläkare vid rehabiliterings klinik och av den forsknings-etiska kommittén för medicinska fakulteten vid Umeå universitet (Dnr 01-373).</p>	<p>De närstående upplevde att livet vändes upp och ner, allt var i kaos. De kände ett ansvar av att vara nära den drabbade. De upplever lidande över den nya situationen och samtidigt försökte de hitta ett sätt att hantera det nya livet. Känslor som skuld, skam och hjälplöshet framkom tyligt. De närstående fann styrka i förbättringarna som skedde hos den drabbade. Styrka och återhämtning fann de också i att återvända till jobbet där de fick leva som tidigare och bara vara sig själva.</p>	<p>Styrkor: Den kvalitativa metoden ger deltagarna stor möjlighet att dela sina erfarenheter Tydligt beskriven datainsamling och dataanalys. Ingen relation mellan forskare och deltagare fanns. Svagheter: Ingen tydlig metoddiskussion finns. Flertalet var kvinnor vilket kan ha påverkat resultatet.</p> <p>Hög kvalitet</p>

Författare, artikelns titel, tidskrift och land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Bäckström, B. & Sundin, K. (2009)</p> <p>The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 year after discharge from a rehabilitation clinic: a qualitative study</p> <p><i>International Journal of nursing studies</i> 46 (11), 1475-1484. Sverige</p>	<p>Belysa upplevelsen av att vara närstående till en person som har drabbats av stroke, 1 år efter att de har lämnat en rehabiliteringsklinik .</p>	<p>Design: Longitudinell. Metod: Kvalitativ. Population: <u>Inklusionskriterier:</u> medelålders närstående. Bekräftad stroke för första gången och förväntas behöva vård i mer än 6 månader. De närstående skulle vara av stor vikt i den strokedrabbades dagliga liv efter utskrivning. Deltagarna och den drabbade ska vara mellan 18-65 år. <u>Exklusionskriterier:</u> Patienten ska inte ha tecken på annan samtidig elakartad eller snabbt progressiv sjukdom. behöver inte nödvändigtvis leva i samma hushåll som patienten. De närstående skulle inte själva ha drabbats av en stroke Urvalsörfarande: Deltagarna rekryterades från författarnas tidigare studier genom en strokevårdande sjuksköterska som frågade närstående som skulle kunna delta. Urval: Totalt nio deltagare. två män och sju kvinnor i åldrarna 41-65 år. Sju var partner och två var morföräldrar. Åtta av dem levde i samma hushåll som patienten. Datainsamlingsmetod: Intervjuer, 50-80 minuter på författarens kontor, konferensrum, deltagarnas arbete eller hem. De spelades in och transkriberades ordagrant Analysmetod: Innehållsanalys.</p>	<p>Studien godkändes av överläkare vid rehabiliteringsklinik och av den forsknings-etiska kommittén för medicinska fakulteten vid Umeå universitet (Dnr 01-373).</p>	<p>De närstående hade ett år efter att strokeinsjuknandet börjat få insikt om att framtiden kommer att förbli förändrad. De hade börjat acceptera den förändrade situationen och lära sig nya strategier för att klara av att leva i den förändrade situationer. De närstående upplevde att de förlorat den person som de en gång kände. Utmaningen för dem var att anpassa sig till den förändrade relationen med den strokedrabbade. De hade börjat inse vikten av att sätta sina egna behov i fokus utan att få skuld eller skam. Detta för att återhämta sig och kunna uthärda framtiden. Stöd från hemsjukvård och familj hjälpte dem för att klara livet och situationen.</p>	<p>Styrkor: Forskarna har tidigare gjort intervjuer och behärskar den tekniken Den kvalitativa metoden ger deltagarna stor möjlighet att dela sina erfarenheter Tydligt beskriven datainsamling och dataanalys. Resultatet svarar på syftet Svagheter: Forskarna har inte diskuterat metoden och om brister i studien. Flertalet var kvinnor vilket kan ha påverkat resultatet. Hög kvalitet</p>

Författare, artikelns titel, tidskrift och land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Bäckström, B. & Sundin, K. (2010)</p> <p>The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke- six months after discharge from a rehabilitation clinic.</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 24, 116-124.</p> <p>Sverige</p>	<p>Belysa upplevelsen av att vara närstående till en person som har drabbats av stroke, sex månader efter de lämnat en rehabiliteringsklinik.</p>	<p>Design: Longitudinell Metod: Kvalitativ Population: <u>Inklusionskriterier:</u> medelålders nära släktingar till personer med en bekräftad diagnos på en förstagångs stroke utan tecken på annan samtidig elakartad eller snabbt progressiv sjukdom. De närstående skulle vara en person som varit betydande för den drabbade innan stroke. <u>Exklusionskriterier:</u> Behöver inte nödvändigtvis leva i samma hushåll som patienten. De närstående skulle inte själva ha drabbats av en stroke Urvalsförfarande: Deltagarna rekryterades från författarnas tidigare studie. Urval: Två män och sju kvinnor i åldrarna 40-64 år. Sju var partner och två var morföräldrar. Åtta av dem levde i samma hushåll som patienten. Datainsamlingsmetod: intervjuer, 40-75 minuter gjordes på författarens kontor, konferensrum, deltagarnas arbete eller hem. De spelades in och transkriberades ordagrant. Analysmetod: Innehållsanalys.</p>	<p>Studien godkändes av överläkare vid rehabiliteringsklinik och av forskningsetiska kommittén för medicinska fakulteten vid Umeå universitet (Dnr 01-373).</p>	<p>De närstående känner tydligt det förändrade livet. De kämpar för kontroll och finna en balans i livet. De försöker försonas med de nya familjeliv som skapats. De närstående kände oro över de förändrade relationerna samt hur resten av deras liv ska bli. Känslan av att den strokedrabbade hade förändrats så mycket var för dem nedstämmande. De upplevde att mycket tid och energi kretsade kring den strokedrabbade och arbetet blev en viloplats för dem. Vidare var upplevelsen av gemenskap med andra människor viktig för att få stöd att klara av det förändrade situationen. De kände att de var i behov av stöd från vårdpersonal.</p>	<p>Styrkor: Forskarna har tidigare gjort intervjuer och behärskar den tekniken Den kvalitativa metoden ger deltagarna stor möjlighet att dela sina erfarenheter Tydligt beskriven datainsamling och dataanalys. Resultatet svarar på syftet Svagheter: Finns ingen tydlig diskussion om brister i studien. Flertalet var kvinnor vilket kan ha påverkat resultatet.</p> <p>Hög kvalitet</p>

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Draper, P. & Brocklehurst, H. (2007)</p> <p>The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i> 16, 264-271</p> <p>England</p>	<p>Närståendes upplevelser när en nära drabbas av stroke. Fokus på psykisk ohälsa och behovet av omsorg. Deras upplevelse av när den drabbade led av nedsatt talförmåga undersöktes också.</p>	<p>Design: Explorativ studie. Metod: Kvantitativ/Kvalitativ. Population: Inklusionskriterier: Par där den ena partnern drabbats av stroke. Urvalsförfarande: Alla strokepatienter som ingår i studien har rekryterats via Linje Support Service innan utskrivning från sjukhus. Där de kortfattat fick information om studien samt fråga om de ville delta. Urval: 44 par deltog. Åldrar 27-83 år. Datainsamlingsmetod: Forskarna kontaktade deltagarna via telefon följt av hembesök och intervju. Barthels Index användes för att beskriva graden av funktionshinder General Health Questionnaire användes för att mäta psykisk ohälsa hos makarna. Caregiver Strain Index användes för att mäta stress Analysmetod: Mann-Whitney U-test. Pearsons Korrelation.</p>	<p>Etiks granskad och godkänd av Local Research Ethics Committee.</p>	<p>Flertalet av deltagarna upplevde det påfrestande att vårda den drabbade och partners upplevde sig lida av psykisk ohälsa. De partners som levde tillsammans med en strokedrabbad vars tal var påverkad upplevde en högre grad av påfrestning i tillvaron jämfört med de som inte hade talpåverkan.</p>	<p>Styrkor: Tydlig diskussion om styrkor och svagheter i studien framkommer..Hög validitet och hög reliabilitet på mätinstrumenten Svagheter: Intervjuerna gjordes i parens bostad. Det framkommer inte om den stroke-drabbade var närvarande vilket kan leda till att all fakta i sådana fall inte framkommer.</p> <p>Medelhög kvalitet</p>

Författare, artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Greenwood, N., Mackenzie, A. Cloud, G. & Wilson, N. (2010)</p> <p>Loss of autonomy, control and independence when caring: a qualitative study of informal carers of stroke survivors in the first three months after discharge.</p> <p><i>Disability and rehabilitation</i> 32 (2), 125-133 Storbritannien</p>	<p>Att undersöka närstående-vårdens erfarenheter 3 månader efter att deras anhörige skrivs ut från sjukhus.</p>	<p>Design: Undersökande, deskriptiv. Metod: Kvalitativ. Population: <u>Inklusionskriterier:</u> Frivilliga närståendevårdare som vårdar sin anhörig i hemmet. <u>Exklusionskriterier:</u> Närstående till patienter som var inskrivna på vårdinstitutioner. Urvalsförfarande: Vårdare av strokedrabbade rekryterades från en vårdavdelning och två rehabiliteringsenheter i Sydvästra London. Urval: 31 närståendevårdare. Datainsamlingsmetod: Djupintervjuer som varade 30-90 min gjordes vid tre tillfällen med deltagarna, i anslutning till utskrivning, en månad efter och tre månader efter utskrivning. Totalt gjordes 81 intervjuer. Samtliga bandinspelades och transkriberades. Analysmetod: Livsvärldsfenomenologisk ansats</p>	<p>NHS Research Ethics Committee</p>	<p>Vårdarna beskriver att de förlorat sin självständighet samtidigt som de upplevde en minskad kontroll över sina liv. Många närstående beskriv en oro över att ha någon betald vårdare tog hand om deras kära eftersom de var främmande för varandra. De upplevde även att deras värld förändrades till det sämre. Efter en tid lärde sig många av de närstående olika strategier för att öka kontrollen och självständigheten i deras liv.</p>	<p>Styrkor: Inklusionskriterier och exklusionskriterier är tydligt beskrivna. Citaten som är med stärker resultatet. Upprepade intervjuer där förloppet har följts upp. Svagheter: Ingen tydlig beskrivning av undersökningsgruppen.</p> <p>Hög kvalitet</p>

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Lurbe-Puerto, K., Leandro, M-E. & Baumann, M. (2011)</p> <p>Experiences of caregiving, satisfaction of life, and social repercussions among family caregivers, two year post-stroke.</p> <p><i>Social work in health care. 51</i> (8), 725-742.</p> <p>Portugal</p>	<p>Upplevelsen av förändringar i det sociala livet, i parrelationen samt upplevelsen av tillfredsställelse i livet två år efter att deras kära drabbats av stroke</p>	<p>Design: Explorativ studie. Metod: Kvalitativ Population: <u>Inklusionskriterier:</u> Patienten ska bo hemma två år efter dem drabbats av sin stroke. Urvalsförfarande: Deltagande rekryterades via utvalda sjukhus i Luxemburg och nordöstra Portugal. De strokedrabbade fick brev hemskickade där samtycke om att delta i studien söktes. Urval: 62 patienter samt 46 närstående Datainsamlingsmetod: Strukturerade intervjuer med stöd av ett frågeformulär gjordes i patientens hem tillsammans med den närstående. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades noggrant. Analysmetod: Mann-Whitney test.</p>	<p>Godkänd av Canadian Stroke Network and the Social Sciences and Humanities Research Council.</p>	<p>Många närstående beskrev att de fått ett ökat ansvar och större krav på sig efter att deras nära drabbats av stroke. De upplevde att deras hälsa försämrats till följd av dessa förändringar. De upplevde att relationen mellan dem hade försämrats efter stroke och att de togs förgivna att alltid finnas till hands för den strokedrabbade.</p>	<p>Styrkor: Två forskare intervjuade samtliga par. Svagheter: Liten grupp av frivilliga. Begärt samtycke via brev vilket ledde till att ett minoritet av de tillfrågade gav sitt samtycke och deltog i studien. Intervjuer gjordes i hemmet tillsammans med den drabbade vilket kan ha påverkat resultatet</p> <p>Medelhög kvalitet</p>

Författare, artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Mackenzie, A., Perry, L., Lockhart, E., Cotte, M., Cloud, G. & Mann, H. (2007).</p> <p>Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring.</p> <p><i>Disability and Rehabilitation, January 29(2), 111 – 121</i></p> <p>England</p>	<p>Att undersöka vilket stöd som närstående-vårdare behöver för att vårda en stroke-patienter.</p>	<p>Design: Longitudinell. Metod: Kvantitativ/ Kvalitativ. Population: Inklusionskriterier: Närstående som ska vårda en strokedrabbade i hemmet efter utskrivning från sjukhus. Närståendevårdare definierades som familj, vän eller betydande person. Urvalsförfarande: Rekryteringen gjordes under en 14-månadersperiod i södra London Urval: 42 anhörigvårdare rekryterades. Datainsamlingsmetod: Intervjuer med öppna frågor användes. Fyra olika enkäter användes i studien. En av enkäterna fick anhörigvårdarna svara på en vecka före patienten blev utskriven. De övriga tre enkäter efter fyra-sex veckor. Analysmetod: Kvalitativ data analyserades med hjälp av innehållsanalys. Kvantitativ data analyserades med SPSS</p>	<p>Den lokala forskningsetik Kommittén har gett godkännande.</p>	<p>Många anhörigvårdare upplevde bristande information från sjukvården vilket ledde till en onödig oro och en känsla av ensamhet. Deltagarna behövde bättre information och utbildning om deras närståendes problematik som hörde slaganfallet till för få en bättre tillvaro.</p>	<p>STRYKOR: Intervjuer och enkäter har gjorts vid upprepade tillfällen vilket stärker resultatet. Resultatet svarar mot syftet. SVAGHETER: Urvalet var litet och inte slumpmässigt utan valdes ut av läkare samt sjuksköterskor på kliniken. Exklusionskriterier framkommer inte tydligt.</p> <p>Hög Kvalitet</p>

Författare, artikelns titel, tidskrift och land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Silva-Smith, A. L. (2007)</p> <p>Restructuring life: New caregiving role.</p> <p><i>Journal of family nursing</i> 13 (1), 99-116</p> <p>USA</p>	<p>Att beskriva processen för att förbereda sig och inleda en ny roll som närstående-vårdare.</p>	<p>Design: Longitudinell</p> <p>Metod: Kvalitativ</p> <p>Population: <u>Inklusionskriterier:</u> 18 år eller äldre, kan tala och förstå Engelska. Återgå till hemmet efter utskrivning. De närstående ska inte haft någon tidigare liknande erfarenhet, strokedrabbade ska inte ha haft någon tidigare fysiskt funktionshinder eller svår kronisk sjukdom som krävt betydande vård.</p> <p>Urvalsförfarande: De närstående rekryterades från rehabiliteringsenheten från tre olika sjukhus.</p> <p>Urval: 12 deltagare. Nio kvinnor och tre män i åldrar mellan 38-78.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Interjuver som bandades. 23 interjuver gjordes på deltagarna. En deltagare avstod en intervju. Samtliga transkriberades ordagrant, lästes och kodades</p> <p>Analysmetod: Komparativ analys</p>	<p>Godkändes av University of Colorado at Colorado springs och av det sjukhus där studien genomfördes.</p>	<p>De närstående beskrev att det krävdes ansträngningar från dem för att organisera upp den förändrade situationen så att strokedrabbades nya behov blev tillgodosedda. Många närstående upplevde att de fick sätta sina egna behov åt sidan i samband med insjuknandet. De kände sig utmattade av situationen och upplevde fysisk och psykisk påfrestning.</p>	<p>Styrkor: upprepade interjuver med deltagarna. Tydliga inklusionskriterier</p> <p>Svagheter: Deltagarnas ålder varierade kraftigt samt relationerna till den drabbade varierade vilket kan påverka resultatet. Inga exklusionskriterier angivna.</p> <p>Medelhög kvalitet</p>

Författare, artikelns titel, tidskrift och land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Smith, L.N., Lawrence, M., Kerr, S.M., Langhorne, P. & Lees, K.R. (2004)</p> <p>Informal carers' experience of caring for stroke survivors.</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i>, 46 (3), 235-244.</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Upplevelsen av att vårda en stroke-drabbad ett år efter insjuknandet.</p>	<p>Design: Beskrivande retrospektiv. Metod: Kvalitativ Population: Inklusionskriterier: Diagnostiserad stroke. Strokepatienten ska ha varit utskrivna från sjukhus 3-11 månader tidigare. Den närstående ska vara den som står patienten närmast och ger emotionellt, socialt eller fysiskt stöd för den drabbade. Exklusionskriterier: Subaraknoidalblödning. Patienten skall inte varit beroende av någon vårdare innan stroke. Inte boende på någon institution. Inte ha någon psykisk sjukdom eller en samtidigt obotbar eller snabbt progressiv sjukdom. Urvalsförfarande: Närstående rekryterades av allmänläkare på sjukhusen efter att den strokedrabbade uppfyllde studiens kriterier Urval: 149 närstående av 605 strokepatienter uppfyllde kriterierna. Av dessa gav 90 personer sitt godkännande och deltog i studien Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade interjuver. Pilotstudie hade gjorts i tidigare studie av författarna. De närstående fick välja tid och plats för intervjun som varade mellan 60-120 min. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades. Analysmetod: Fenomenologi.</p>	<p>En lokal forskningsetisk kommitté godkände studien.</p>	<p>De närstående kände ett ansvar för att vårda patienten men upplevde sig sakna kunskap om detta. De upplevde brist på information av sjukhuset. Deltagarna kände sig övergivna av sjukvården efter utskrivningen. De närstående upplevde utmattning av att vårda patienten. Beteendeförändringar hos den drabbade skapade frustration hos de närstående och upplevdes som en förlust för familjen. Frustration framkom även då patienterna hade minskat behov av fysisk aktivitet. Deltagarna oroade sig över sin stigande ålder och framtida förmåga att vårda den drabbade. Oro för framtiden hanterade de genom att "ta en dag i taget". Närstående hanterade det nya livet genom att skapa nya rutiner och även kunna göra saker utanför hemmet och utan den drabbade.</p>	<p>Styrkor: Stort antal deltagare. Tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Samma författare genomförde alla interjuver. Citat i resultatet ger ökad tillförlitlighet.</p> <p>Svagheter: Flertalet interjuver genomfördes i samband med patientens närvaro vilket kan ha påverkat resultatet.</p> <p>Hög kvalitet</p>

Författare, artikelns titel, tidskrift och land	Syfte	Design	Etiska övervägningar	Resultat	Kvalitet
<p>Wallengren, C., Friberg, F. & Segesten, K. (2008)</p> <p>Like a shadow- in becoming a stroke victim's relative</p> <p><i>Scandinavian journal of caring science</i>, 22 (1), 48-55.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Belysa upplevelsen av att vara en närstående till en person som drabbats av stroke, de första veckorna efter händelsen</p>	<p>Design: Beskrivande hermeneutisk Metod: kvalitativ Population: <u>inklusionskriterier:</u> närstående till en patient med en förstagångsstroke. Tala svenska. Vald som närstående av strokepatienten Urvalsförfarande: rekryterades från två strokecentra i Västsverige. Urval: 16 deltagare varav 13 kvinnor och tre män i åldrarna 30-79 år. Datainsamlingsmetod: Öppna interjuver. Dessa gjordes på sjukhuset eller i deltagarnas hem under de första fyra veckorna efter inläggning på sjukhuset av den strokedrabbade. Intervjuerna varade mellan 30 och 90 minuter och spelades in på band. Banden transkriberades sedan ordagrant. Pilotstudie gjordes som inte ingick i studien. Analysmetod: Fenomenologi.</p>	<p>Göteborgs universitets etiska kommitté godkände studien.</p>	<p>De närstående når en vändpunkt. Vändpunkten består i osäkerheten och ovanan i den nya situationen vilket ger dem lust att agera. Deltagarna stävar efter att återskapa ordning i sina liv efter händelsen som beskrivs som "kaos".</p> <p>Att vara närvarande hos den drabbade gav dem känsla av trygghet. De uttryckte stark känsla av rädsla inför det inträffade och framtiden. De "tog en dag i taget" för att inte tänka på den osäkra framtiden. Deltagarna beskrev behovet att veta drev dem till att söka kunskap. De upplevde att vårdpersonalen gav dem stöd och hjälpte dem att lindra lidandet och klara av situationen.</p>	<p>Styrkor: Pilotstudie gjordes för att testa intervjufrågorna. Varierande åldrar. Den kvalitativa metoden ger deltagarna stor möjlighet att dela sina erfarenheter. Citat som stärker resultatet finns i texten.</p> <p>Svagheter: Inga exklusionskriterier finns beskrivna. Flertalet var kvinnor vilket kan ha påverkat resultatet.</p> <p>Hög kvalitet</p>