



**MALMÖ HÖGSKOLA**

Hälsa och samhälle

# LIVSKVALITET EN VIKTIG FAKTOR FÖR GOD HÄLSA

EN LITTERATURSTUDIE OM DE  
STROKEDRABBADES LIVSKVALITET OCH  
SJKSKÖTERSANS ROLL

ANIDA LOTINAC  
SHILAN ATROUSHI

# LIVSKVALITET EN VIKTIG FAKTOR FÖR GOD HÄLSA

## EN LITTERATURSTUDIE OM DE STROKEDRABBANES LIVSKVALITET OCH SJKSKÖTERSANS ROLL

ANIDA LOTINAC  
SHILAN ATROUSHI

Lotinac, A & Atroushi, S. Livskvalitet en viktig faktor för god hälsa. En litteraturstudie om de strokedrabbades livskvalitet och sjuksköterskans roll. *Examensarbete i Omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2007.

Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken och varje år insjuknar ungefär 30 000 personer i Sverige. I ett slag kan stroke medföra en plötslig förändring för patientens integritet och livskvalitet. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskans omvårdningsroll kring strokepatienter samt patienternas upplevda livskvalitet. Frågeställningarna som användes var: på vilket sätt kan sjuksköterskan hjälpa stroke patienter att uppnå en god livskvalitet? Vilka faktorer påverkar patienternas livskvalitet? Finns det någon skillnad på livskvalitet när det gäller strokedrabbade män och kvinnor? Denna studie bygger på tretton vetenskapliga artiklar. Artiklarna granskades enligt Willman's et al (2006) protokoll för kvalitetsbedömning av kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar. Resultatet i denna studie visade att psykiska, fysiska samt sociala aspekter har en påverkan på patientens livskvalitet. Depression var ett vanligt förekommande tillstånd som orsakade mental ohälsa hos strokedrabbade personer. Patienter med låg livskvalitet upplevde hinder i det dagliga livets aktiviteter, sociala problem och hade minskad livskraft samt emotionella begränsningar. Det är viktigt att sjuksköterskan motiverar patienten i dennes framgångar genom en sorts belöning och uppmuntran. Det även viktigt att patientens personlighet, humör samt det funktionella och neurologiska tillståndet respekteras.

*Nyckelord:* genus, litteraturstudie, livskvalitet, omvårdnad, stroke, strokedrabbade

# QUALITY OF LIFE AN IMPORTANT FACTOR FOR A GOOD HEALTH

## A LITERATURE REVIEW ABOUT THE STROKESURVIVORS QUALITY OF LIFE AND THE NURSES' ROLE

ANIDA LOTINAC  
SHILAN ATROUSHI

Lotinac, A & Atroushi, S. Quality of life an important factor for a good health. A literature review about the stroke survivors' quality of life and the nurses' role. *Degree project 10 Credit points*. Nursing program, Malmö University: Health and Society, Department of nursing, 2007.

Stroke is the third most common cause of death and every year strikes around 30 000 people in Sweden. In one blow, stroke can bring a sudden change for patient's integrity and quality of life. The purpose of this study was to describe nurses' role around stroke survivors' and patients' experience of quality of life. The question at issued as used was: how can the nurse help stroke survivors' to reach a good quality of life? Which factors influenced the patient's quality of life? Are there any differences in quality of life when it concerns stroke survivors' of men and woman? This study was based on thirteen scientific articles. The articles were reviewed according to Willman's et al (2006) record of quality assessment of quantitative and qualitative scientific articles. The result in this study showed that psychological, physical and social aspects have an effect on the patients' quality of life. Depression was a common problem that caused mental illness among stroke affected people. Patients with low quality of life did experience restrictions in activities in their daily life, social problems and had decreased vitality and emotional limitations. It is important that the nurse motivates the patients' success with some kind of award and encourage. It is also important that the patients' personality, temperament and functional and neurological state should be respected.

*Keyword:* gender, literature review, nursing, quality of life, stroke, stroke survivor,

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Stroke	5
Patofysiologi	6
Epidemiologi	6
Riskfaktorer	6
Symtom	7
Rehabilitering	7
Genusperspektiv	8
Livskvalitet	8
Olika metoder som mäter livskvalitet	9
Medical Outcomes Short Form Health Survey (SF-36)	9
EuroQol	9
Sjuksköterskans ansvar	9
Katie Erikssons omvårdnadsteori	10
SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR	11
Frågeställningar	11
METOD	11
Litteratursökning	11
Tabell 1. Artikelsökning	12
Kvalitetsgranskning	12
Databearbetning	13
RESULTAT	13
Sjuksköterskans insatser för ökad livskvalitet	13
Genusskillnader i livskvalitet	14
Faktorer som är relaterad till livskvalitet	15
Poststroke depression och livskvalitet	16
Åldersrelaterad livskvalitet	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
SLUTORD	26
REFERENSER	27
BILAGOR	30

# INLEDNING

Stroke är den tredje största orsaken till dödlighet i Sverige, fastän risken att avlida i stroke har minskat under de senaste 25 åren (Socialstyrelsen 2000). I ett slag förändras livet och sjukdomen är ett hot mot livet, integriteten och friheten. Livet förändras plötsligt till något som den drabbade inte alls kunnat föreställa sig innan, förutsättningar ändras och tillvaron måste anpassas till en ny situation (Norrving & Terent 2001).

Som blivande sjuksköterskor är det vår uppgift att ha en helhetssyn och se hela patienten och inte bara sjukdomen som han har. Det är sjuksköterskan som kan ge patienten optimala rehabiliteringsmöjligheter, medverka till att stärka patientens självbild, självkänsla och integritet och även hjälpa den strokedrabbade att behålla hoppet och förebygga depression. Det är hon som hjälper patienten och närstående att komma ur kaos och överblicka den nya livssituationen (Almås, 2001). I denna litteraturstudie är fokus lagd på de strokedrabbades livskvalitet och genuskillnader i livskvaliteten samt sjuksköterskans möjligheter att förbättra den drabbades livskvalitet. I föreliggande arbete används termen sjuksköterska som hon och patienten benämns som han om inte annat framkommer. Detta görs för att underlätta förståelsen och betyder inte att författarna i föreliggande studie har en bild av sjuksköterskan endast som en kvinna.

# BAKGRUND

Att drabbas av stroke kan innebära att livet förändras drastiskt på någon sekund. Stroke definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som plötsligt insjuknande med fokala störning av hjärnans funktioner med symtom som är kvarstående minst 24 timmar eller leder till döden som beror på hjärnans kärlförsörjning. Övergående fokala symtom av ischemisk uppkomst med en duration som är mindre än 24 timmar kallas Transitorisk ischemisk attack, TIA (Aquilonius, 2000). Stroke uppstår på grund av en störning i hjärnans blodförsörjning, en vanlig beteckning är Cerebrovaskulär insult, CVI. Sjukdomen är en vanlig orsak till invaliditet och död, cirka 25-30 000 personer drabbas per år av stroke i Sverige därav drabbas 85 procent av en CVI, 10 procent av hjärnblödning och 5 procent drabbas av en subarachnoidalblödning (Hedner, 2004).

## **Stroke**

För att minska dödligheten finns en strokeenhet på varje sjukhus. En strokeenhet är en organiserad slutenvårdsenhet som tar hand om patienter med stroke. Enheten består av ett multidisciplinärt team som är specialiserade på strokesjukvård. Det finns även studier som bevisar att strokeenheten minskar mortaliteten. Nationella riktlinjer för strokesjukvård innehåller en del slutsatser och rekommendationer av kvalitetshöjande åtgärder för att kunna erbjuda bästa möjliga vård och omhändertagande av patienter som drabbats av stroke (Socialstyrelsen, 2006). I en engelsk prospektiv studie jämfördes olika kliniska strategier för strokesjukvård. Studien visade att en strokeenhet inte bara sänkte dödligheten utan även höjde strokedrabbades livskvalitet. Enheten ger en 24timmars vård som också förbättrar strokedrabbades förmåga att utföra vardagliga aktiviteter (Kalra, 2005).

### *Patofysiologi*

Stroke kan inträffa både vid trombos, emboli eller hjärnblödning i en artär som försörjer hjärnan. Dessa uttrycks således som ischemiskt slaganfall respektive hemorragiskt slaganfall (Almås, 2001). Vid ischemiska skador oavsett etiologi beror de kliniska symtomen och hjärnskadan på syrebrist och minskad substrattillförsel till hjärnans celler. När det inte finns några energireserver i hjärnan är en ständig tillförsel av blod med innehåll av syrgas och glukos nödvändigt för att hjärnan ska kunna fungera. Ett normalt blodflöde i hjärnan är 45 ml/100g per minut i hjärnvävnad. De hjärnceller som blir utan syre och näring dör. Vid akut slaganfall måste därför kraftiga sänkningar i blodtrycket undvikas då hjärnskadan annars kan förvärras. Olika funktioner i hjärnans celler påverkas vid olika blodflödesnivåer när blodflöde sänks, då uppstår så kallade ischemiska trösklar. Detta kan sedan leda till en irreversibel cellskada. Inom det drabbade området vid en hjärninfarkt är skadan inte homogen. Centrala delar, där cellerna är irreversibelt skadade, omges av områden där cellerna är vid liv men som är elektriskt inaktiva (pneumbra område). Dessa celler kan återigen fungera normalt om blodflödet förbättras (Aquilonius, 2000).

En annan orsak till stroke är intracerebral blödning, den inträffar akut och påverkar snabbt medvetandegraden. Även symtomen uppträder snabbt. Om det är en subaraknoidal blödning betyder det att det är en blödning i en artär under arachnoidean. Ett sådant tillstånd uppkommer när en aneurysm har rupturerat på skallbasens artärer eller på en artär under arachnoidean på hjärnans yta (Ericson & Ericson, 2002).

### *Epidemiologi*

Enligt Aquilonius (2000) är stroke den vanligaste orsaken till neurologiska funktionshinder hos vuxna i Sverige samt är en av de somatiska sjukdomar som har flest vård dagar på sjukhus och den totala samhällskostnaden för strokepatienter är cirka 14 miljarder kronor årligen. Incidensen är 25-40 procent högre hos män än kvinnor och medelåldern vid insjuknande i Sverige ligger på 75 år men även yngre personer kan drabbas och 20 procent får stroke redan vid 65 års ålder. Antalet som insjuknar i stroke ökar betydligt på grund av att antalet äldre i landet ökar (a a). Dödligheten i stroke har kraftigt minskat under 1900-talet tack vare akut medicinsk vård och specifik omvårdnad. Frekvensen av svåra handikapp har också minskat efter stroke på grund av en aktiv rehabilitering (Ericson & Ericson, 2002). Dödligheten en månad efter insjuknandet är 15-20 procent och är efter ett år 30 procent men vid denna period har 50-60 procent ett eget boende och 10- 20 procent vårdas i särskilda boendeformer (Aquilonius, 2000).

### *Riskfaktorer*

Risken att insjukna i stroke kan bero på olika faktorer, såsom biologiska faktorer t ex åldern, kön, ärftlighet eller fysiologiska faktorer som högt blodtryck, höga lipider och högt blodsockervärde. Omgivningen, sociala och levnadsfaktorer som rökning, nedsatt aktivitet, alkohol, stress och kost kan på olika sätt bidra till hjärtkärlsjukdomar som senare kan förorsaka stroke. Hypertoni är den viktigaste riskfaktorn för stroke både när det gäller hjärninfarkt samt blödning, eftersom det påskyndar åderförfattning. Diabetes och rökning är andra riskfaktorer som förorsakar hjärninfarkt. Övervikt och nedsatt fysisk aktivitet är andra riskfaktorer

som utvecklar åderförkalkning främst hos män som är under 65-års åldern. Andra oberoende riskfaktorer för stroke är stigande ålder, förhöjd halt av plasmafibrinogen och aminosyran homocysterin, förekomst av antifosfolipid antikroppar samt brist på antitrobin III, protein C och S (Aquilonius, 2000).

### *Symtom*

Den kliniska effekten av stroke kan variera beroende på hur stor skadans storlek är, var den är lokaliserad samt hur den utvecklas. Oavsett om orsaken till insjuknandet är hjärninfarkt eller hjärnblödning börjar symtomen oftast plötsligt. Eftersom flera av hjärnans funktioner finns representerade i båda hjärnhalvor kan många symtom bli liknande, oavsett om det är höger eller vänster hjärnhalvan som har skadat (Norrving & Terent, 2001). Den lindrigaste formen är när ett trombotiskt material täpper till ett litet kärl och skadar ett litet område, då kan skadan debutera akut och orsaka bortfall av känsel eller motorik inom ett begränsat område. Om det trombotiska materialet utgörs av en emboli kan trombolytiska systemet lösa upp det, innan de drabbade hjärncellerna blir ischemiskt skadade och symtomen kan gå tillbaka inom 24 timmar (Hedner, 2004).

Däremot om orsaken är en blödning från ett litet kärl kan subkortikalt hematoma med begränsade neurologiska bortfall med möjlighet till restitution uppstå men om det är blödning från en större artär drabbas en större del av hjärnan och symtom såsom funktionsbortfall, hemipares, nedsatt sväljningsreflex, allmänpåverkan med vakenhetssänkning eller medvetandeförlust uppstår. Om en skada uppstår centralt där många banor från många hjärndelar passerar drabbas större delar av kroppen t.ex. en halvsidig förlamning. Om skadan sitter långt perifert i hjärnan stör ett begränsat område som kan vara en motorisk eller sensorisk påverkan av en del extremitet och detta brukar betecknas med lakunär infarkt (Hedner, 2004).

### *Rehabilitering*

Efter insjuknandet i stroke är det viktigt att tidigt lära sig att fungera på ett nytt sätt i de dagliga aktiviteterna. Det kan exempelvis vara att äta med en hand, använda en rullstol eller att lära sig kommunicera på ett annat sätt. En del av rehabiliteringen sker på sjukhuset, men efter utskrivningen kan rehabiliteringen fortsätta där hemma. När den strokedrabbade är hemma är det lättare att styra över sin egen tillvaro, då hemmiljön är bra för rehabiliteringen, eftersom träningen kan anpassas till intressen och vanor på ett bättre sätt än i sjukhusmiljön. Hemmiljön kan däremot begränsa personens möjligheter till att leva ett aktivt liv och då kan hemmet anpassas efter personens behov. Det kan betyda att det kan bli aktuellt att den strokedrabbade får en duschpall, stödhandtag och eventuell borttagning av trösklar och badkar (Sjukvårdsrådgivningen, 2006).

För att den strokedrabbade ska träna upp sina tidigare förmågor på nytt eller hitta lösningar på problem måste han våga prova olika aktiviteter så personen kan lära känna sina egna resurser och begränsningar. När den strokedrabbade får insikt om de egna begränsningarna så kan förmågan att planera, organisera och genomföra olika aktiviteter tränas. Finns en medvetenhet om sina begränsningar så kan något göras åt dem. Ofta hjälper omgivningen till för mycket då de bara vill visa sin kärlek och omtanke men det kan hindra den strokedrabbade att lära sig hantera

den nya situationen. För att underlätta förbättringarna måste det finnas en balans mellan en stimulerande och lagom stödjande miljö. Ett sätt att hjälpa den strokedrabbade att hitta den balansen kan vara att exempelvis en sjuksköterska ber sin patient att beskriva den upplevda situationen för ens närstående så att anhöriga förstår bättre hur mycket hjälp den strokedrabbade behöver. Personens träning ska anpassas efter ens förmåga. Den ska vara lagom utmanande, varken för svår eller för lätt aktivitet. Träningen är i början oftast inriktad på att förbättra kroppens olika funktioner som språket, minnet och rörelsefunktionen. Den strokedrabbade ska träna de vardagsaktiviteter som upplevs meningsfulla (Sjukvårdsrådgivningen, 2006).

Långsiktig rehabilitering i hemmet blir allt vanligare. Som anges i Sjukvårdsrådgivningen (2006) gör rehabiliteringspersonal, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och logopedier i början täta hembesök och samarbetar med läkare och sjuksköterska och kurator. Besöken glesas ut allteftersom den strokedrabbade och närstående upplever att de kan hantera sin vardag. Målet med rehabiliteringen i hemmet är att den strokedrabbade ska uppleva delaktighet och tillfredsställelse i sitt vardagsliv. Det kan nås genom:

- Att personen tränar upp sina nedsatta funktioner
- Att personen lär sig nya sätt att utföra olika aktiviteter
- Att bostadsmiljön anpassas
- Att assistans och stöd i vardagen anpassas efter individens önskemål och behov (a a).

### **Genusperspektiv**

Män och kvinnor insjuknar i stroke vid olika ålder. Insjuknandet i stroke i Sverige är 4 år senare för kvinnor än män, bland de äldre som har haft stroke är 2/3 kvinnor. Det är mer män som drabbas av stroke i åldern under 80 år än kvinnor men däremot i åldern över 80 år finns det betydligt fler strokedrabbade kvinnor och detta beror troligen på att kvinnor lever längre än män. I en observationsstudie baserad på riks stroke visade det sig att före insjuknandet i stroke var det fler kvinnor än män som var i behov av hjälp och stöd med det dagliga livets aktiviteter samt bland dem som bodde hemma var det fler kvinnor som levde ensamma (Socialstyrelsen, 2006).

En kartläggning som Strokeförbundet har gjort visar att manliga strokepatienter rehabiliteras två månader mindre än kvinnliga patienter och att de manliga erbjuds fler typer av rehabilitering samt att det är mer män som upplever att de får vara med och diskutera aktivt om sin egen vård än kvinnor (Kommunförbundet Skåne, 2002). Det finns dock inget vetenskapligt stöd som motiverar olika medicinska behandlingar av kvinnor respektive män, men däremot finns det sena komplikationer så som funktionsförmåga och de sociala situationer som är skillnader och borde tas hänsyn till vid planering av stöd och hjälp (Socialstyrelsen, 2006).

### **Livskvalitet**

Enligt WHO: s definition är livskvalitet: "Individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (WHO 1998, s 2).

Enligt Klockars & Österman (1995, s159) definierar Åsberg hälsa som en del av livskvaliteten: ”Fysisk och psykisk hälsa är viktiga förutsättningar för en god livskvalitet” och ”Hälsan kan aldrig vara livsmålet, men det är ett viktigt medel för att nå det man vill med sitt liv”.

Ökad livskvalitet är ett centralt mål inom hälso- och sjukvården. Då bot inte är möjligt är patientens livskvalitet av störst betydelse. Livskvalitet är betydelsefull och bör främjas på samma sätt som hälsa bör främjas, det handlar om livskvalitet som värde samt livskvalitet som mål (Brülde, 2003).

Ordet livskvalitet består av två delar, liv och kvalitet och begreppet har mycket omfattande betydelse och det blir svårt att finna en entydig definition eftersom livskvalitet är en subjektiv upplevelse. Några begrepp som ofta förknippas med livskvalitet är trivsel, glädje, psykisk hälsa, harmoni, lycka, tillfredsställelse och välbefinnande. Livskvalitet är någonting individuellt. Enligt den norske psykologen, Naess finns en kognitiv och en affektiv aspekt på livskvalitet. Den kognitiva aspekten omfattar personens tankar, värderingar och tillfredställande i livet eller i vissa konkreta situationer. Den affektiva aspekten beskrivs till de positiva och negativa känslor som upplevs. Individens förväntningar och mål påverkar starkt till hur livssituation och olika händelser i livet bedöms. Ordet livskvalitet har också mycket gemensamt med hälsan. Livskvalitet förknippas ofta med mer personliga förhållanden och hälsan knyts till prestation och funktion medan livskvalitet leder till tankarna till upplevelseaspekten (Kristoffersen, 1998).

### *Olika metoder som mäter livskvalitet*

Det finns många olika instrument som kan mäta livskvalitet till exempel SF-36 och Euroqol. Dessa är de mest använda skalorna.

#### Medical Outcomes Short Form Health Survey (SF-36)

Detta är ett formulär som innehåller 36-frågor som patienten fyller i. De trettiosex frågorna är indelade i åtta större områden som omfattar en rad fysiska aktiviteter, psykosocial kognition och även det generella hälsotillståndet. Patientens poäng mäts från 0 till 100, ju högre poäng desto bättre hälsa. Denna skala rekommenderas av verksamheten för Health Care Policy och forskningen inom poststroke rehabilitering, Clinical Practice Guidelines (Krančiukaitė et al, 2006).

#### EuroQol

Detta är också ett frågeformulär, och en standardiserad allmän skala som är till för att utvärdera patientens hälsa. Frågeformuläret är indelat i sex områden och varje fråga är 1-3 poäng, där en poäng står för ”inga problem”, tre poäng för ”stora problem”. I detta frågeformulär finns ytterligare en skala som framför en generell bedömning av hälsorelaterad livskvalitet 0-100, där noll står för ”värsta tänkbara hälsa” och hundra står för ”bästa tänkbara hälsa” (Krančiukaitė et al, 2006).

### **Sjuksköterskans ansvar**

Sjuksköterskan ska ha det yrkeskunnande och den kompetens som behövs för att kunna möta dagens såväl som framtidens behov och tillgodose patientens primära och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. Hon skall även uppmärksamma och möta patientens

sjukdomsupplevelse och lidande så långt som möjligt och lindra detta genom adekvata åtgärder (Socialstyrelsen, 2005).

Enligt ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden, dessa är: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande. Denna kod är en vägledning för sjuksköterskor i att handla i överensstämmelse med sociala värderingar och behov. Hon skall ge en god omvårdnad oavsett hudfärg, ålder, trosuppfattning, kultur, handikapp, sjukdom, kön, nationalitet, politiska åsikter, ras eller vilken social status patienten har. I sjuksköterskans kunskapsområde i bemötande, information och undervisning ska sjuksköterskan ha kunskap att kommunicera med patienter och närstående på ett respektfullt, lyhört och ett empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska ge stöd och vägledning till patienten och/eller närstående för att möjliggöra maximal delaktighet i vård och behandling. Hon/han skall även vara uppmärksam på patienter som inte uttrycker informationsbehov eller har ett speciellt uttalande informations behov (Socialstyrelsen, 2005).

### **Katie Erikssons omvårdnadsteori**

Eriksson är en eklektiker (av grekiskan Eklektikos' = som väljer ut det bästa), d.v.s. hennes modell bygger på intryck och teoretiska ansatser från ett stort antal vetenskapliga discipliner som psykologi, pedagogik, religionsfilosofi och vetenskapsteori. Hon har även en kristen människosyn. Grunden i Katie Erikssons omvårdnadssyn är hämtat från Paulus ord: tro, hopp och kärlek, störst av allt är kärleken (caritativ omvårdnad), dessa är de tre grundpelarna i omvårdnaden. I hennes teori tar hon även upp att vårdandets kärna sammanfattas av tro, hopp och kärlek samt leka, ansa och lära. Enligt Eriksson bär alla människor på förmågan att vårda och det naturliga vårdandet inom sig. Katie Eriksson utgår från tro, hopp och kärlek som är ett förhållningssätt för vårdpersonalen medan ansning, lek och lärande är tillvägagångssättet för omvårdnadsarbete, hur arbetet skall utföras (Thorsén, 2003).

Alla människor har en tro (religion, vetenskap) och ur livstron hämtar människan tillit och mod att gå vidare i stället för att fly svåra situationer. Hoppet ger tröst och kraft att fortsätta leva, den knyts till framtiden och dess förändring. Kärleken, att älska sig själv och andra är nödvändigt för att kunna utvecklas. Erikssons syn på hälsa är att människan bör ha en personlig tro för att uppnå hälsa samt att hälsa är en integration mellan friskhet, välbefinnande och sundhet. Hon tror att människor består av kropp, själ och ande (helhetssyn). I kroppen finns livsvilja som vill utvecklas och driva individen mot självförverkligande och hälsa. Individen äger också frihet och förnuft samt har ett samvete som är, enligt Eriksson samman kopplat, till gud (Thorsén, 2003).

Genom förmågan till självreflektion kan människan kritiskt reflektera över sin egen situation och därigenom utvecklas. Människan är enligt Eriksson inriktad på någonting utöver sig själv, ett mål, en verksamhet eller religiös storhet. Den professionella vården har numera förlorat helhetsperspektivet och har en mer medicinskt inriktning än förut. Katie Eriksson menar att det naturliga vårdandet har glöms bort. Den ursprungliga idén med den varma mjuka och goda omsorgen har gått förlorad. Vårdandet är en form av naturligt mänskligt beteende (Thorsén, 2003).

# SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskans omvårdnadsroll kring strokepatienter samt patienternas upplevda livskvalitet.

## Frågeställningar:

På vilket sätt kan sjuksköterskan hjälpa strokepatienter att uppnå en god livskvalitet?

Vilka faktorer påverkar patienternas livskvalitet?

Finns det någon skillnad på livskvalitet när det gäller strokedrabbade män och kvinnor?

## METOD

För att besvara syfte och frågeställningarna gjordes en litteraturstudie. Litteraturstudien är gjord utifrån det Polit et al (2001) beskriver: att identifiera problemet, söka litteratur, granska tillgänglig litteratur, analysera den relevanta litteraturen och redovisa resultatet. Olika databaser har använts för att hitta svar på studiens syfte och frågeställningar.

### Litteratursökning

För att öka kunskapen om området har olika källor använts till exempel Malmö högskolans bibliotek, Hälsa och samhälle, där både kurslitteratur och avhandlingar har tagits med till bakgrunden. För att hitta vetenskapliga artiklar har Pubmed varit den mest användbara källan. I denna litteraturstudie har endast de mest aktuella studierna tagits med för att få så aktuell fakta som möjligt. På grund av detta användes limit som exkluderade alla artiklar som var äldre än tio år. Denna limit togs sedan bort då den inte ansågs vara nödvändig eftersom de senaste artiklarna alltid kom längst fram i databasens fält. Den äldsta artikeln som är med i denna studies resultat är från år 2000. De artiklar som har använts är av både kvalitativa och kvantitativa forskningsmetoder. Sökorden som användes är bland annat Quality of life AND Stroke.

Tabell 1 visar var de vetenskapliga artiklarna hittades, vilka sökord som har använts, hur många artiklar har blivit granskade samt antal valda artiklar till studien. Vid läsning av abstract letades relevant innehåll som kunde kopplas till denna litteraturstudies syfte och frågeställningar. För att hitta fler studier som handlade om själva sjuksköterskan, begränsades vissa söktermer i Pubmed genom att endast leta efter artiklar i Nursing Journals. Sökningen gav ett lyckat resultat, då två relevanta artiklar valdes ut av totalt 884 träffar. Sökningen efter de vetenskapliga artiklarna gjordes även i Cinahl men då inga relevanta eller nya artiklar (artiklar som redan blivit valda till resultat delen) hittades uteslöts denna sökmotor.

Flera lämpliga artiklar med engelsk abstract hittades och som kunde ha tagits med i denna studie visades vara på ett annat språk än svenska och engelska blev

exkluderade. Eftersom många artiklar med annat språk än svenska eller engelska hittades användes limiten English, Swedish language, men detta visades senare inte vara nödvändigt då artiklar med annat språk i alla fall kom med. Då limit English, Swedish language användes hittades dock tre artiklar som ansågs vara relevanta. Dessa kvalitetsgranskades även enligt Willman et al (2006) för att se om de var tillräckligt signifikanta för att tas med i denna litteraturstudie. Tio andra artiklar har även exkluderats när de studerades lite djupare, då de exempelvis handlade om närståendes livskvalitet vid vårdandet av den strokedrabbade. Sammanlagt var det 49 artiklar som lästes och 13 valdes ut och granskades enligt Willmans (2006) protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativa/kvantitativa metoder.

Tabell 1. Artikelsökning

Databaser	Sökterm	Limits	Antal träffar	Lästa Abstract	Lästa artiklar	Använda artiklar	Datum
Pubmed	Quality of life AND stroke	Free Full text, links to full text, publicerade de 10 senaste åren, English, Swedish language.	251	50	18	5	070410
Pubmed	Cerebrovascular Accident [MeSH] AND QOL	Free Full text, links to full text,	72	23	5	1	070412
Pubmed	Quality of life after stroke	Free Full text, links to full text,	154	50	15	4	070414
Pubmed	Stroke	Publicerade de 10 senaste åren, Nursing Journals	884	20	5	2	070415
Blackwell Synergy	Quality of life AND stroke	Abstract, Full text	329	30	6	1	070415
Totalt	-----	-----	1690	173	49	13	-----

### Kvalitetsgranskning

Artiklarna har kvalitetsgranskats enligt Willman et al (2006) protokoll för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar. Det finns två protokoll, en för kvalitativa forskningsmetoder och en för kvantitativa forskningsmetoder. Dessa finns som bilaga 1 och bilaga 2. De tretton artiklarna delades ut till författarna av denna litteraturstudie så en författare fick 6st och den andra fick 7st för att underlätta granskningen. Vid kvalitetsbedömning av artiklarna var den bästa kvalitets typen *bra* sedan kom *medel* och den sämsta artikeln skulle ha *dålig*

kvalitetstyp. Ju fler punkter som följdes och besvarades desto bättre kvalitetstyp hade artikeln. Om en artikel hade många obesvarade punkter eller om artikeln hade mycket negativt innehåll så blev den klassad som *dålig*. Sammanlagt blev det sju artiklar som fick kvalitets typen *bra* och sex stycken var av typen *medel*.

## **Databearbetning**

När resultatet från de vetenskapliga artiklarna har analyserats för att få en helhetsbild av det insamlade materialet har flera återkommande begrepp som motsvarade syftet hittats. Dessa har sedan kategoriserats för att belysa faktorer och dess påverkan på de strokedrabbades livskvalitet. I resultatet delen kommer fem olika teman att belysas. Vid genomarbetningen av artiklarna hittades olika återuppreparande mönster i texten som var relevanta till denna litteraturstudies syfte och frågeställningar. Dessa mönster tematiserades och sedan redovisades i resultatet. Under processen skede kontinuerlig kontroll av att innehållet i teman om det överstämde med syftet.

## **RESULTAT**

Resultatet baserades på tretton vetenskapliga artiklar och redovisades utifrån fem teman vilka var: sjuksköterskans insatser för ökad livskvalitet, faktorer som är relaterade till livskvalitet, genusskillnader i livskvalitet, poststroke depression och livskvalitet och åldersrelaterad livskvalitet.

### **Sjuksköterskans insatser för ökad livskvalitet**

I en fenomenologisk studie beskriver Kvigne et al (2005) omvårdnad och rehabilitering av kvinnliga strokepatienter utifrån sjuksköterskans perspektiv. Deltagarna i studien bestod av fjorton sjuksköterskor från tre olika sjukhus i Norge. I studien framkom att sjuksköterskornas mål med den omvårdnaden som de utför är att patienterna i hemmet ska leva ett så självständigt liv som möjligt. För att detta mål ska nås måste sjuksköterskan hjälpa patienten att upprätthålla och utföra de praktiska sysslorna i det vardagliga livet. Så fort patienten var i ett stabilt hälsotillstånd visade sjuksköterskan olika metoder att utföra den basala hygien. Ett sätt att aktivera patienterna i deras träning inför hemgången var att de fick laga mat med sjuksköterskans tillsyn på sjukhuset. Patienterna fick oftast gå på permission en vecka innan hemgång för att känna på hur det är att leva med nedsatt rörlighet i hemmet. Sjuksköterskan gav patienten och anhöriga råd hur de ska hantera den nya hemmiljön samt diskuterade upplevelser efteråt med patienten och de anhöriga.

Studien av Kvigne et al (2005) belyste hur viktigt det är att sjuksköterskor ska motivera patienten i dennes framgångar under rehabiliteringen genom en sorts belöning och uppmuntran. I rehabiliteringen är det även viktigt att patientens personlighet, humör samt det funktionella och neurologiska tillståndet ska respekteras.

"The patients are different human beings and they need to be helped in different ways. You also need to be sensitive to the patient's limits and to respect them" (Kvigne et al, 2005, s 902)

I Hedberg et al (2007) har det även framkommit att lyssna på patientens upplevelser är mer beroende på sjuksköterskors intresse och kompetens än att vara integrerad i de generella principerna för vård och rehabiliteringsprocessen. Hedberg et al tar också upp i sin studie att sjuksköterskan bör låta patienten uttrycka sig fullständigt i ett samtal, eftersom hon kan begränsa patientens möjligheter att uttrycka sig. Under ett vårdplaneringsmöte med patienten talade sjuksköterskan för patienten, som om hon vore patientens advokat.

### **Genusskillnader i livskvalitet**

I studien Kvigne et al (2005) framkom att när det gäller behovet av rehabilitering visar kvinnor mer intresse för rehabilitering som är relaterad till ADL medan män hade mer intresse för den fysiska träningen. Några sjuksköterskor antog också att de kvinnliga strokedrabbade patienter har svårare att ta emot hjälp än de manliga. När det gäller kommunikation så är det lättare att få kontakt med kvinnor eftersom de uttryckte sina känslor mer än vad män kan.

I studien Akiko et al (2006) undersöktes de strokedrabbade patienters livskvalitet ur ett genusperspektiv där deltagarna bestod av 480 patienter, 322 män och 158 kvinnor. I studien var det i högre grad de manliga patienterna som bodde med sin partner än kvinnorna. När rörligheten bland män och kvinnor försämrades sjönk livskvaliteten för båda könen. Resultatet visade också att män hade bättre förmåga att gå men även när det gällde ADL hade män bättre förmåga än kvinnor i fem punkter (matning, bada, klä på sig, promenera och gå på toaletten). Författarna kom också fram till att männen hade bättre förmåga när det gällde rörlighet samt i vardagliga aktiviteter än kvinnorna. Kvinnor hade däremot mer besvär med smärta och obehag och var oftast nedstämda och deprimerade än män.

I studien av Akiko et al (2006) kom författarna fram till att livskvaliteten bland män var signifikant högre än bland kvinnor. Män uppnådde högre livskvalitet än kvinnor oavsett de funktionella förändringarna efter att de hade drabbats av stroke. Kvinnor visade sig vara mer funktionellt nedsatta efter stroke. Män som bodde med sin partner eller bodde på samma plats innan de fick stroke, uppnådde en högre livskvalitet än respektive kvinnor.

Enligt Paul et al (2005) var livskvalitet relaterad till genus, ålder och ekonomisk status oavsett om personer levde självständigt eller inte före stroke. Sturm et al (2004) och Akiko et al (2006) tar upp att genus hade en koppling till livskvaliteten, närmare sagt att det kvinnliga könet hade signifikant lägre hälsorelaterad livskvalitet men även högre hospitalisering, demens och depression än de manliga strokedrabbade. Nichols-Larsen et al (2005) bekräftar i sin studie att kön var signifikant associerat med SIS (Stroke Impact Scale). SIS är ett verktyg som mäter multidimensionella konsekvenser av stroke allt från handfunktion och aktiviteter i det dagliga livet till minnesförmåga och socialt deltagande. I studien kom de även fram till att yngre vita män har bättre emotionell livskvalitet än yngre svarta män. När det gäller kvinnor i deras studie hade de en relativt stabil emotionell hälsorelaterad livskvalitet genom åren jämfört med männen.

## **Faktorer som är relaterade till livskvalitet**

I en studie Widar et al (2004) där metoden var både kvalitativ och kvantitativ var 41 deltagare med i studien. De beskriver i studien hur olika fysiska, psykiska och socioekonomiska aspekter påverkar den strokedrabbades livskvalitet. Studien handlade om deltagarnas upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet efter stroke, där deltagarna själva reflekterade över betydelsen för deras hälsorelaterade livskvalitet, vad som har gått förlorat, ändrats efter stroke och vilka faktorer som påverkar deras livskvalitet negativt. Livskvalitet var för många en frihet från smärta och att ha en god hälsa. Frihet att kunna göra vad de vill och när de ville. Deltagarna förklarade frihet som en fysisk och kognitiv förmåga att kunna promenera, vara fysiskt aktiv, kunna kommunicera med andra, vara orienterad till tid och rum, vara självständiga och klara av det vardagliga livet. Bland de pensionerade strokedrabbade påverkade tiden deras frihet, att själva kunna utföra någon aktivitet utan att behöva tänka på hur lång tid det kommer att ta var en viktig del i deras livskvalitet.

“Oh yes, it is of course this freedom of being able to do everything you wish to do when you wish to do it, yes, being to continue to live in your own home” (Widar, 2004, s 501).

I studien Widar et al (2004) uppgav de strokedrabbade att arbetet gav dem möjlighet att ändra på sitt dagliga liv och livskvaliteten men även att kunna ha någon sysselsättning utanför hemmet och vara trodd var också viktigt. Bland de strokedrabbade som hade ett betalt arbete framkom att arbete och annan sysselsättning upplevdes väldigt meningsfullt. En annan faktor som kom fram från flera strokedrabbade personer i studien och som påverkade deras livskvalitet var det sociala umgänget, att ha möjlighet och förmåga att vara med sina vänner, anhöriga och familjen var en betydelsefull faktor för många. Ur det ekonomiska perspektivet så var bra ekonomi en trygghet och en viktig del av livskvalitet för flera strokedrabbade. Flera personer påpekade att kunna ha en bra ekonomisk situation var en säkerhet för framtiden på grund av de ändringar som skedde hela tiden i deras livstillstånd och att inte behöva vara bekymrad över det.

”That you are not without money but that you have enough to treat yourself. Yes, to be able to travel somewhere” (Widar, 2004, s 501).

I studie av Widar et al (2004) visade den kvantitativ datan inga skillnader bland de strokedrabbade angående smärttillstånd vare sig i SF- 36 eller HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Signifikant resultat visade sig däremot vid jämförelse av ålder grupp med fysisk funktion och genusperspektiv bland de strokedrabbade. Det visade att män hade mindre livskraft än kvinnor och att vara funktionell beroende hade ett samband med hög ålder.

Akiko et al (2006) bekräftar i sin studie att promenera, förmåga att kunna klä på sig och vara funktionellt nedsatt efter stroke hade en signifikant skillnad i samband med livskvalitet. Greenlund et al (2002) tar upp att strokedrabbade blev mer rekommenderade att motionera mer jämfört med de icke strokedrabbade. Av de strokedrabbade som fick rådet att motionera mer var det 62,9 procent som följde rådet och ville minska risken för hjärtinfarkt eller stroke. Dessa upplevde också att de hade färre dagar, då de upplevde sig ha dålig fysisk hälsa, färre dagar som var fysiskt begränsade och fler hälsosamma dagar än personer som inte motionerade mer för att minska risken att drabbas av hjärtinfarkt eller stroke.

Syftet i en Prospektive Studie av Haacke et al (2006) var att identifiera hälsorelaterad livskvalitet hos strokedrabbade patienter efter fyra år. I studien var det 77 deltagare. Av dessa var 61 patienter klassificerade som självständiga, 9 patienter klassades som att de behövde någon hjälp och sju patienter var klassade som i behov av sjukvård. Enligt Haacke et al (2006) och Akiko et al (2006) hade gifta patienter eller män som bodde med sin partner högre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med ensamma boende strokedrabbade patienter. Akiko et al tar även upp att antal män som bodde med en partner var högre än bland kvinnorna. Patienter som var tvungna att flytta från sin bostad på grund av sjukdomen stroke hade signifikant sämre hälsorelaterad livskvalitet än patienter som inte behövde flytta från sina bostäder. Även enligt Paul et al (2005) var livskvaliteten lägre bland de strokedrabbade som var ensamboende eller som var både fysiskt och psykiskt sjuka än bland dem som bodde med en partner. I studien av Aprile et al (2006) kom författarna fram till att patienter som bodde med familjen hade en högre socialt deltagande och mental hälsa men samtidigt hade de en sämre fysisk funktion och lägre smärtröskel än de som inte bodde med familjen.

I en tvärsnittstudie Baune och Aljeesh (2006) visade sig att patienter med hypertoni med stroke hade lägre förmåga än patienter utan stroke. I denna studie utgick de ifrån fyra faktorer; diagnos, genusperspektiv, utbildning och inkomst bland strokedrabbade med hypertoni och patienter med diagnos hypertoni. I resultatet visade sig strokedrabbade patienter har en statistiskt signifikant lägre livskvalitet inom dessa fyra faktorer. Den psykologiska stressen var statistiskt signifikant relaterat till fysiska, psykiska, sociala, miljömässiga och globala områden av livskvalitet. Greenlund et al (2002) bekräftar i sin studie att personer som hade en lägre utbildningsnivå drabbades mer av stroke än de som hade en högskoleutbildningsnivå som lägst. Baune och Aljeesh (2006) och Nichols-Larsen et al (2005) tog upp i sina studier att strokedrabbade med låg utbildningsnivå hade statistiskt signifikant sämre livskvalitet. När Aprile et al (2006) undersökte den fysiska aspekten av livskvalitet hos de strokedrabbade som bodde med familjen visade det sig att den försämrades med lägre utbildningsnivå jämfört med dem som inte bodde med sin familj.

I studien av Paul et al (2005) resultat visade sig att strokedrabbade personer hade lägre hälsorelaterad livskvalitet än den allmänna population och att nedsatt medvetandegrad, afasi, inkontinens, neglekt och hemiplegi var de vanligaste försämringarna som påverkade livskvaliteten negativt för de strokedrabbade personerna fem år efter stroke. I Nichols-Larsen et al (2005) studie har det påvisats en sämre livskvalitet bland de strokedrabbade som hade sämre handfunktion och styrka i den dominanta handen men även sämre socialt deltagande än hos personer som hade en relativt bra handfunktion. Den största påverkan på de strokedrabbades livskvalitet var vid nedsatt minnesförmåga och kommunikation.

### **Poststroke depression och livskvalitet**

I en prospektiv studie av Aprile et al (2006) kom författarna fram till att hos äldre strokedrabbade personer som hade en låg utbildning fanns ett starkt samband med depression. Studiens deltagare bestod av 68 patienter där 52,9 procent var män och 47,1 procent var kvinnor. Patienter med större handikapp upplevde sig ha en

försämrad funktion i deras dagliga aktiviteter på grund av emotionella problem och försämrad mental hälsa. Patienter med depression fungerade sämre fysiskt och hade en nedsatt mental funktion men däremot högre smärttröskel än strokedrabbade patienter som inte hade depression. Sturm et al (2004) och Haacke et al (2006) tar upp i sina studier att hälsorelaterad livskvalitet var förknippat med depression.

Kong och Yang (2006) har fått samma resultat som Sturm et al (2004) och Haacke et al (2006) och tar upp i sin studie att depressiva patienter fick signifikant lägre poäng i skalorna, Physical composite score och Mental composite score. Poängen var signifikant lägre i olika domäner av SF-36 skalan hos depressiva patienter utom i kategorierna fysisk funktion och kroppslig smärta. Depression hade dock inget samband med kön, ålder, stroke duration och vilken hemiplegisida patienten hade.

I studien Kauhanen et al (2000) visade sig att vissa faktorer i livskvalitet så som den fysiska funktionen, sociala funktionen, kroppslig smärta, allmänt hälsotillstånd, livskraft, emotionell samt fysisk begränsning var lägre hos de strokedrabbade personer än kontrollgruppen efter tre och tolv månader efter stroke. Depression var signifikant relaterad till alla sju faktorerna i livskvalitet både efter tre månader samt tolv månader efter stroke.

Studien Kauhanen et al (2000) visade att depression och att vara gift var viktiga faktorer vid nedsatt fysisk begränsning. Män hade en sämre livskvalitet vid fysisk begränsning och livskraft tolv månader poststroke än kvinnor. När författarna jämförde gifta par med dem som inte var gifta men som bodde hemma med sin familj hade gifta personer sämre livskvalitet i området av mental hälsa och allmänt hälsotillstånd. Det fanns ingen signifikant skillnad i livskvalitet bland gifta kvinnor och män i jämförelse med ogifta kvinnor och män. Bland de strokedrabbade som var gifta ett år poststroke fanns en signifikant försämring i den fysiska och emotionella begränsningen samt en försämrad livskraft. Låg livskraft var relaterat med antingen att vara gift, deprimerad eller ha hög ålder.

### **Åldersrelaterad livskvalitet**

Nichols-Larsen (2005) kom fram till att ålder påverkade de strokedrabbades livskvalitet. Enligt författarna hade de äldre svarta strokedrabbade en dålig hälsorelaterad livskvalitet i de fysiska områdena på grund av att de hade fler sjukligheter och hade mer nedsatt funktion i den övre extremiteten jämfört med de vita strokedrabbade. I studien, Haacke et al (2006) framkom att hälsorelaterad livskvalitet minskar med stigande ålder på grund av ökande invaliditet och hälsoproblem i hög ålder bland de strokedrabbade personer. Sturm et al (2004) överensstämmer med Haacke et al då de också säger att livskvaliteten försämras med åldern. Enligt Kauhanen et al (2000) fanns det en statistiskt signifikant skillnad mellan patienter som var yngre än 65år och de som var äldre än 65år i livskraft och i den mentala hälsan. De äldre patienterna hade en försämrad mental hälsa och liten försämring i livskraften tolv månader efter stroke än patienter som var yngre än 65 år.

# DISKUSSION

Diskussionen har blivit uppdelad i två olika delar där den första delen handlar om litteraturstudiens metod och den andra delen om resultatet.

## **Metoddiskussion**

Denna studie genomfördes som en litteraturstudie. Anledningen till att det blev en litteraturstudie var att det fanns mycket fakta och forskning kring ämnet. Litteraturstudie kan ha både för och nackdelar. Fördelen enligt författarna i föreliggande studien är att den kan jämföra olika forskarnas resultat inom detta ämne och få en bredare internationell resultat. En nackdel med en litteraturstudie är att det är någon annan än föreliggande studiens författare som har forskat inom området och har tolkat utifrån sitt resultat. Det hade varit intressant att göra en empirisk studie genom att intervju de strokedrabbade personer och få höra deras upplevelse. Men nackdelen med en empirisk studie är att det krävs mycket av intervjuaren. En god intervjuare enligt Kvale (1997) är mycket kunnig inom ämnet för intervjun och mänskligt samspel. Intervjuaren skall också ha ett öra för informantens sätt att uttrycka sig samt ha språkkänsla. Enligt författarna kunde inte dessa kriterier uppfyllas.

I denna litteraturstudie var författarna intresserade av artiklar med både kvantitativa och kvalitativa forsknings metoder. Eftersom kvalitativa forskningsmetoder enligt Willman et al (2006) innefattar kunskap om mänskliga upplevelser, mänskliga händelser, processer och relationer var artiklar med den kvalitativa forskningsmetoden lämpliga då föreliggande studie ville belysa de strokedrabbades livskvalitet. En kvantitativ metod är där de redovisar jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper (Willman 2006). De kvantitativa forskningsmetoderna undersöker det mätbara, "hur mycket" eller "hur många" av något (Hartman, 1998). En av anledningarna var att författarna ville ha en överblick över de strokedrabbades livskvalitet både när det gällde det fysiska, psykiska, emotionella aspekten. Där det skulle vara svårt för författarna att hitta artiklar med bara kvalitativ eller kvantitativ för föreliggande studiens resultat. Enligt Willman (2006) kan det bästa resultatet ibland vara resultatet från en primärstudie med både kvantitativ och kvalitativ forskningsmetod. Databaser som PubMed och Blackwell Synergy var de databaser som gav flest träffar däremot Cinahl utesluts eftersom de relevanta artiklarna som databasen kom fram till var samma träffar som hade valts ut av PubMedCentral och Blackwell Synergy.

Många artiklar lästes, granskades och vägen till målet var inte alltid lätt. Relevanta artiklar som kunde ha besvarat studiens frågeställningar kan ha missats på grund av att i första hand enbart artiklarnas titlar och abstract lästes då det kunde ha funnits relevant information i studiens resultat som inte stod med i abstractet. I sökningen skedde också att vissa artiklar framkom på en annan främmande språk därför hade författarna, engelska och svenska som ett Limit och det innebär att många relevanta artiklar på ett annat språk kan ha gått mist om. En annan limit var att alla artiklar som var äldre än tio år skulle inte tas med i denna studie. Detta gjordes för att stärka resultatens trovärdighet samt att det skulle vara intressant att kunna använda den senaste forskningen inom studien.

De limiter som användes under litteratursökning var inte alltid de bästa, då exempelvis Full Free text inte alltid var så bra för att en del artiklar hamnade bort

fastän de fanns att hämtas i full text. Då denna limit togs bort hittades fler artiklar som sedan inkluderades i denna studie. Denna limit togs inte bort från tabell 1 eftersom några användbara artiklar hittades. Alla sökningar som har gjorts i databaserna har det inte heller redovisat i tabell 1 på grund av att det var många sökningar som inte bidrog till något resultat i denna studie och hade sökningar med inga använda artiklar tagits med i sökschemat då hade tabellen blivit onödigt stor. Efter att ha valt ut artiklarna, delades de till författarna för att granskas enskilt så arbetet skulle bli mer effektivt och därefter tillsammans för att minska risken för feltolkning i texten.

De tretton artiklarna som togs med i denna studies resultat skulle först granskas enligt Polit et al (2001) men då Willmans et al (2006) metod tilltalade oss mer användes Willmans et al protokoll för kvalitativ granskning av vetenskapliga artiklar (bilaga 1 & 2). Denna metod var mycket lättare att användas och sparade oss lite tid. Willmans et al användes även för att presentera artiklarnas kvalitetstyp. Betygen som sattes på artiklarna var då, *bra*, *medel* och *dålig* men det innebär inte att artiklarna som skulle klassas som dåliga inte var vetenskapliga utan att de endast inte uppfyllde de kriterier som krävdes i granskningsmallen. Det visade sig att av de tretton artiklar som valdes ut till studien var sju artiklar bra och sex var medel dock inga dåliga. Under litteratursökning upptäcktes att en större del av artiklarna byggde på kvantitativa studier.

En av de sex artiklar som fick kvalitetstypen *medel* var studien av Baune och Aljeesh (2006). Det framkom i studien att ålder inte påverkade de olika områdena av livskvalitet. Detta resultat kunde inte tas med då författarna inte redovisade någon data om detta i sin studie. Detta påverkade den föreliggande studies tema om åldersrelaterad livskvalitet då det inte kunde tas med i resultatet. Studien av Nichols-Larsen et al (2005) hade ett resultat som var både kort och svårt att förstå. Resultatet kunde utvecklas mer med tanke på att det var 216 deltagare. Trots brister som framkom i olika studier ansågs bland annat dessa artiklar vara mycket intressanta och innehållet var relevant till föreliggande studie. De olika mätinstrumenten för livskvalitet var SF-36 och EuroQol som användes i olika artiklar samt så rekommenderas SF-36 av exempelvis verksamheten för poststroke rehabilitering. Författarna i föreliggande studie hade ingen kunskap om detta instrument i början. Eftersom de flesta vetenskapliga artiklar i denna litteraturstudie använde sig av instrumentet ledde detta till att författarna förklarade och tog med den i studien.

Artiklarnas deltagare som har ingått i litteraturstudien är från olika länder som; Sverige, Norge, Finland, Tyskland, Italien, Palestina, Kina, Japan, Australien och America men alla var skrivna på engelska. Det gjorde att det blev lite svårt med förståelsen och det ledde till att materialet läste igenom flera gånger för att inte missförstå innehållet i artiklarna. De studier som var gjorda i Sverige, Norge och Finland samt hade svenska, norska och finska författare var lättare att förstå på grund av det engelska språket var tydligare. Efter granskning hittade författarna flera gemensamma mönster i resultatet som slutligen ledde fram till att det blev fem teman där vi skrev resultat under varje tema. Det visade sig att trovärdigheten i studierna var realistiska eftersom flera forskare från olika länder kom fram till samma resultat. I resultat har också några citat använts från olika artiklar då det skulle förklara och förstärka innebörden i vissa delar av resultatet.

Ibland fanns det svårigheter att bestämma under vilket tema de relevanta meningarna från artiklarnas resultat skulle stå och det var på grund av att resultatet kunde passa in i flera olika teman. Här var det en fördel att vara två stycken författare. Att vara två personer för att utföra ett arbete kan innebära både fördelar och nackdelar. Det fanns många fler fördelar än vad det fanns nackdelar. En av fördelarna var att kompletterade varandra och kunde diskutera och få hjälp vid olika tillfällen. När det är bara en författare är det lättare att fastna i ett visst tankemönster och till och med ge upp men om det är två författare kan de stötta varandra samt dela sina kunskaper med den andre och med ett gott samarbete lösa effektivt alla hinder på vägen.

I artiklarnas resultat som har tagits med i denna litteraturstudie har vissa artiklar inte enbart tagit upp de områden som skulle vara relevanta för studiens syfte och frågeställningar. Det gjorde att antalet artiklarna ökade för att kunna få fram fler resultat samt öka studiens trovärdighet. Det var ibland svårt att undvika våra egna tolkningar under analysarbetet, för att undvika detta gick författarna kontinuerligt tillbaka till studiens syfte och frågeställningar och gick tillsammans igenom den delen som var svår.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vilka faktorer som påverkar de strokedrabbades livskvalitet och om det finns skillnad på livskvalitet utifrån ett genusperspektiv samt sjuksköterskans roll. Analysen resulterade i fem teman; sjuksköterskans insatser för ökad livskvalitet, genusskillnader i livskvalitet, livsfaktorer, poststroke depression och livskvalitet samt åldersrelaterad livskvalitet.

I temat om genusperspektiv framkom att det var fler kvinnor än män som drabbades av depression och hade en tendens att bli deprimerade. I studierna Paul et al (2005), Sturm et al (2004) och Akiko et al (2006) hade genus en koppling till livskvalitet och att livskvaliteten hos kvinnor var lägre än hos män. I studien Akiko et al framkom också att det var mest de manliga strokedrabbade som bodde hemma med sina partner än kvinnor och män hade bättre förmåga att promenera och hade bättre rörlighet i den dagliga aktiviteten än de kvinnliga strokedrabbade. Däremot var det kvinnor som var mest nedstämda, deprimerade och hade mer smärta än män. Kvinnor visade också vara mer funktionellt nedsatta efter stroke.

Enligt Socialstyrelsen (2006) i en observationsstudie baserad på riks stroke var nedstämdhet och sänkt medvetandegrad mer vanligt bland de kvinnliga strokedrabbade än de manliga och att depression hos kvinnor är mer förknippad med tidigare psykiska sjukdom och kognitiva bortfall medan depression hos män har visat sig vara förknippad med praktiskt beroende och social isolering. Eftersom social isolering och praktiskt beroende är de faktorer som orsakar depression hos män är det nog en anledning till att det är mest kvinnorna som drabbas av depression och nedstämdhet än männen eftersom de manliga strokedrabbade är mer funktionellt oberoende än de kvinnliga strokedrabbade. Enligt Socialstyrelsen (2006) när det gäller smärta är den vanligt förekommande efter stroke, men det drabbar ofta muskler, skelett och leder. Men det kan också förekomma en central smärta som är orsakad av hjärnskadan. Enligt Greenlunds et al (2002) studie visade författarna att en hög fysisk aktivitet var förknippat med en god livskvalitet då deltagarna i studien påvisade färre dagar då den fysiska hälsan

upplevdes som dålig och färre dagar som var fysiskt begränsade. Den låga hälsorelaterade livskvaliteten som kvinnor visade sig ha i studien av Sturm et al (2004) kan tolkas vara just för att kvinnorna hade en högre tendens att bli deprimerade än vad män hade.

Enligt Socialstyrelsen (2006) är emotionella reaktioner vanliga efter stroke och det är ungefär 20- 30 procent som får depression efter stroke och vad det gäller blödighet är det 20- 25 procent som får det. Alla patienter med stroke ska därför enligt Socialstyrelsen föreslås en screening för stämningsläge initialt och med tre månaders intervall.

I studien av Sturm et al (2004) och Haacke et al (2006) tar författarna upp att hälsorelaterad livskvalitet hade samband med depression. Enligt Haacke et al (2006) försämrar depression den strokedrabbades livssituation. Enligt Socialstyrelsen (2005) kan diagnos depressioner efter stroke försvåras av kommunikationsstörningar, kognitiva svårigheter och personlighetsförändringar. Samvariation med svår trötthet och emotionellt syndrom är också ett problem. Av fyra patienter som behandlades med antidepressiva så var det bara en som blev symptomfri.

Aprile et al (2006) tar upp att patienter hade en försämrad funktion i deras dagliga aktiviteter på grund av nedsatt mental hälsa. I studien av Kauhanen et al (2000) hade faktorer som social och fysisk funktion, emotionell samt fysisk begränsning hade ett samband med depression, även låg utbildning bland de strokedrabbade hade en stark koppling till depression som påverkade livskvalitet. I Kristoffersen (1998) beskriver Naess när en person har det bra och har hög livskvalitet är som att ha en grundstämning av glädje och det omfattar att individen är öppen och mottaglig och är inte avskärmad från den yttvärlden, har en grundstämning av trygghet, harmoni, frånvaro av oro, bekymmer, ångest och har en grundställning av glädje, lust och välbefinnande, att livet är rik och givande och lider inte av, nedstämdhet, obehag och smärta. Enligt Almås (2001) är det sjuksköterskans ansvar och förhållningssätt att se till att patienten undgår komplikationer som nedstämdhet. Sjuksköterskan ska kunna hjälpa den strokedrabbade och närstående att behålla hoppet och försöka förebygga depressionen genom en konstruktiv uppmuntran och motivera den strokedrabbade. Anledningen att depression är en av de vanligaste faktorer som påverkar livskvalitet på olika sätt kan enligt författarna av föreliggande studie tolkas som att den strokedrabbade har svårt att acceptera att koncentrationen och minnet har försämrats och att kroppen har förändrats som kan ge ibland känsla av skam. En annan orsak kan tolkas vara svårigheter att kommunicera med omgivningen och att känna sig beroende av andra. Att vara beroende av vård och andra kan antagligen orsaka att patienten känner sig mindre värdefull. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om dessa faktorer och har förståelse för den strokedrabbade samt anhöriga.

Det är mycket som kan påverka den strokedrabbades livskvalitet som sjuksköterskan bör vara medveten om. I studien av Widar et al (2004) tog författarna upp att frihet från smärta och att ha hälsa var för många en bra livskvalitet men även att vara självständig och förmågan att klara sig själv samt kunna orientera sig i tid och rum var också en betydelsefull faktor. Eftersom hälsa är en betydelsefull faktor för ökad livskvalitet måste den uppnås av dem som inte känner sig ha en god hälsa. Enligt Almås (2001) ska sjuksköterskan kunna förebygga komplikationer som smärta hos den strokedrabbade och hjälpa

honom/henne att se sina resurser och möjligheter för att uppnå ett så självständigt liv som möjligt. Enligt författarna av denna litteraturstudie kan smärta påverka hälsostatusen på olika sätt för den strokedrabbade. Smärta kan orsaka olika begränsningar av den funktionella förmågan och det kan vara relaterad till att den fysiska förmågan är nedsatt. Författarna till föreliggande studie anser det är viktigt att sjuksköterskan ska lyssna på den strokedrabbade och ta honom på allvar när det gäller upplevelsen av deras smärta.

I flera studier av Akiko et al (2006), Greenlund et al (2002), Aprile et al (2006), Kauhanen et al (2000) och Nichols-Larsen et al (2005) har det kommit fram att fysisk aktivitet är viktigt för en god livskvalitet. Har inte den strokedrabbade en god hälsa och är inte fysisk aktiv så kan det påverka ens tillvaro och psykiska hälsa. I Kristoffersen (1998) beskriver, Naess att om en person ska nå en hög livskvalitet är i den mån personen är aktiv och ordet aktiv omfattar att ha livslust och ha energi att engagera sig i någonting som upplevs meningsfull, ha frihet att välja och uppleva att individen själv har kontroll över sig själv, det vill säga kunna utveckla och använda sina resurser och ha förmåga att utveckla sina möjligheter. Sjuksköterskan ska stärka den strokedrabbades självkänsla, integritet och självbild och medverka att den strokedrabbade ska upprätthålla sin fysiska energi och försöka skapa en balans mellan aktivitet och vila. Författarna av föreliggande studie tolkar att fysisk aktivitet är en viktig faktor för hälsan och en av orsaker som kan påverka den nedsatta fysiska aktiviteten kan vara på grund av det psykiska tillståndet hos den strokedrabbade är nedsatt. Stöd från omgivningen och glädje måste det också finnas för att det ska kunna uppstå en inre motivation. Alla individer är olika och därför behövs olika typer av aktivitet utifrån den strokedrabbades förmåga. Det är viktigt att omgivningen och sjukhuspersonalen ser till att aktiviteten är anpassat efter individens önskemål och förmåga.

Greenlund et al (2002) kom fram till att de strokedrabbade som hade låg utbildningsnivå hade en historik i stroke jämfört med dem som hade högre utbildningsnivå än högskoleutbildning. I studier Baune och Aljeesh (2006) och Nichols-Larsen et al (2005) kom det också fram att de strokedrabbade som hade låg utbildningsnivå hade en sämre livskvalitet. Detta kan troligen bero på att många avslutar sina studier när de endast har gymnasialutbildning för att de börjat jobba men där jobbet inte alltid är bra betalt. Personer med en hög utbildningsnivå har det bättre ekonomiskt ställt och behöver inte tänka på t.ex. kostnaden av maten för i dagens läge en nyttig måltid är inte alltid den billigaste och alla har kanske inte råd med den nyttiga maten. Det kan även vara så att de som har lite mer pengar i plånboken kan unna sig lite mer åt avkoppling då de oftare kan ta en resa till utlandet för att vila ut.

Aprile et al (2006) kom fram till att bland de strokedrabbade som bodde med familjen men som hade låg utbildningsnivå hade en lägre livskvalitet än bland dem som inte bodde med sin familj. När författarna undersökte den mentala delen av livskvalitet kom de fram till att de strokedrabbade som inte bodde med sin familj men som hade hög utbildningsnivå hade en lägre livskvalitet. Att ha hög utbildningsnivå är inte det ända som kan påverka den strokedrabbades livskvalitet, att ha någon nära vid sidan om och att kunna bo med sin familj kan vara en faktor som påverkar den strokedrabbades livskvalitet. Enligt Almås (2001) är det viktigt med ett samarbete mellan den strokedrabbade samt familjen och primärvården. Att den strokedrabbade ska kunna leva i en hemmiljö ska det vara så trygg som

möjligt både för anhöriga och den strokedrabbade samtidigt ska det vara anpassad efter personens förutsättningar.

I studien av Aprile et al (2006) kom författarna fram till att de patienter som bodde med familjen hade visserligen högre socialt deltagande och mental hälsa men hade dock samtidigt en sämre fysisk funktion. Detta kan troligen förklaras på så sätt att familjemedlemmarna gjorde den strokedrabbade en björntjänst då de hjälpte dem hela tiden istället för att låta den strokedrabbade själv göra vissa uppgifter och på så sätt utveckla sin fysiska förmåga ytterligare. En annan anledning kan också vara att hemmiljön är kanske inte anpassad efter den strokedrabbades förmåga och detta kan orsaka försämring av den fysiska funktionen men samtidigt är hemmiljön en bekant miljö med närhet till en anhörig som kan påverka den mentala hälsan positivt.

Många människor kan bo hemma och få sina mediciner i det egna hemmet genom hemsjukvård. Faktorer som kan göra det möjligt är hög kompetens, teknisk hjälpmedel och effektiva smärtlindring. Om det finns dessa resurser är det bra att den strokedrabbade har val möjlighet att välja sjukvård i hemmet när hon eller han inte behöver vistas på sjukhem (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Akiko et al (2006), hade patienter som var tvungna att flytta från sina egna bostäder hade sämre livskvalitet än de strokedrabbade som bodde hemma. Paul et al (2005) tog också upp att de strokedrabbade som var ensamboende hade lägre livskvalitet än de som bodde med en partner. Detta kan troligen tolkas som att när ett par bor tillsammans så får dem det stöd de behöver samt motivation att klara vardagen. Den sociala aspekten spelar en stor roll för den sjuke, att ha stöd och få hjälp av någon närstående kan även ge välbefinnande och en trygghetskänsla. Nichols-Larsen et al (2005) tog upp att kommunikation var en av de största faktorerna som påverkade de strokedrabbades livskvalitet, att ha en bra social kontakt med vare sig det är anhöriga, sjuksköterskan eller med sina vänner är det viktigt att den strokedrabbade blir uppmuntrad av omgivningen att kommunicera och motivera den strokedrabbade att bevara sitt sociala nätverk. Kvigne et al (2005) belyste i deras studie att det var viktigt att sjuksköterskan genom belöning och uppmuntran motivera patienten i dennes framgångar.

Då patienter med större handikapp upplevde att de hade en försämrad funktion i deras dagliga aktiviteter på grund av emotionella problem och försämrad mental hälsa i studien av Aprile et al (2006) är ett problem för många strokedrabbade. Många har ett okontrollerat känsloutbrott där de kan våldsamt gråta både i glädje och sorg. Det kan upplevas skrämmande för många, både för den strokedrabbade och anhöriga (Almås, 2001). Personer som inte har det bra emotionellt och mentalt har troligen inte heller kraft att utföra de dagliga aktiviteterna. Patienten kan uppleva att det inte finns någon mening med livet. Naess beskriver att en person, har det bra och har högt livskvalitet i den mån personen är aktiv, har gemenskap samt självkänsla och har en grundstämning av glädje. Att ha gemenskap syftar med att personen har en ömsesidig relation till minst en annan människa och att tillhöra och känna samhörighet med en grupp, grannar, vänner, arbetskamrater (Kristoffersen, 1998).

Kvigne et al (2005) talade bland annat om att sjuksköterskan ska respektera patientens personlighet och humör under rehabiliteringen men även respektera patientens begränsningar. Det framkom i Hedbergs et al (2007) studie att sjuksköterskor har en sorts makt över patienten under ett vårdplaneringsmöte då

patientens önskemål inte kom fram. Även om sjuksköterskans förslag kunde vara lämpligt så stämde det inte alltid överens med patientens vilja. Den makt sjuksköterskan har kan ibland lätt missbrukas och troligen leda till att patientens livskvalitet försämras, då sjuksköterskan för patientens talan istället för att låta patienten själv uttrycka sig och tala om vad han vill med exempelvis rehabiliteringen eller hur allt påverkar denne känslomässigt.

Har sjuksköterskan ett gott samspel med den strokedrabbade leder det till att personen känner tillit, lugn och upplever tillfredställelse som Katie Eriksson talar om. Det är inte bara den strokedrabbade som skall få en känsla av helhet utan även sjuksköterskan skall vara hel för att kunna samspela. Hon ska se till hela patienten; kropp, själ och ande, det vill säga en helhetssyn. De tre grundpelarna i omvårdnaden som Katie Eriksson (Thorsén, 2003) tar upp (tro, hopp, kärlek) är kopplade till varandra och kan påverka den strokedrabbades livskvalitet då hoppet ger honom tröst och kraft att fortsätta leva och vad vore en människa utan en tro vare sig det är en tro på vetenskapen eller en religiös tro. Ett villkor för att arbeta med livskvalitet i sjukvården är att ett helhetsperspektiv ska beaktas. Enligt författarna måste sjuksköterskan kunna se helheten och vara uppmärksam på den strokedrabbades fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Detta kan enligt författarna leda till att denne får betydlig bättre hjälp att höja och bevara sin livskvalitet. Sjuksköterskan kan också hjälpa den strokedrabbade att fatta mod och stärka sitt hopp samt uppmuntra dem att använda sina resurser.

Katies Erikssons teori om vårdandet är enligt henne ett naturligt mänskligt beteende och innehåller tre olika element; ansning, lekande och lärande vilket togs upp i Thorséns (2003) bok. Begreppet lekande är en social gemenskap då sjuksköterskan kan genom övning, prövning, lust, skapande och önskningar undervisa den strokedrabbade. Leken innebär glädje och kan främja strokedrabbades utveckling. Den social gemenskap som leken innebär kan hjälpa dem som har drabbats av en stroke att bearbeta olösta konflikter. Lärandet leder till utveckling och ständig förändring. Lärandet bör ske genom att skapa en trygg och tillitsfull atmosfär och i dialogen mellan den strokedrabbade och sjuksköterskan väcka viljan att lära sig mer. Målet enligt Katie Eriksson är då att den som drabbats av en stroke ska uppnå ett utåtriktande självförverkligande. Begreppet ansning är enligt Eriksson den mest grundläggande formen av vårdande. Den står för den fysiska omvårdnaden som värme, närhet, kärlek och beröring och leder till kroppsligt välbefinnande. Ansning kan tolkas också som att sjuksköterskan ska tillgodose den strokedrabbades grundläggande behov som föda eller skydd.

Katie Erikssons teori kan enligt författarna tillämpas i omvårdnadsundervisning, den beskriver synen på hälsa, människa, lidande och vård. Hon säger själv att det behövs mer arbete för att klargöra omvårdnadens karakteristiska innehåll utifrån denna syn på omsorg som en förutsättning för omvårdnad (Thorsén, 2003). Enligt författarna av föreliggande studie kan det aldrig vara fel att utgå från hennes teori för tanken är god. Sjuksköterskan har i allmänt fina tankar om godhet och ömhet i vården att följa. Det är viktigt att vårdpersonalen ska kunna ge utrymme till den strokedrabbade att uttrycka sina känslor och kunna förebygga ohälsa. Men precis som ett smörgåsbord så får de välja dem bästa bitarna att applicera på arbetsplatsen. Det som talar emot Eriksson kan vara de tidsmässiga och ekonomiska faktorerna, alla fina idéer kan vara svåra att genomföra i dagens vård i Sverige.

I studien Widar et al (2004) betydde ett arbete och en annan sysselsättning utanför hemmet för många en möjlighet att ändra deras livskvalitet i det dagliga livet. Att kunna umgås med andra samt känna sig betydelsefull var en viktig faktor för de strokedrabbade. Gemenskap är viktigt i kriser och kan ha en positiv inverkan. Om de strokedrabbade känner sig utanför samhället och omgivningen kan de få en känsla av utanförskap och ångest som kan leda till nedstämdhet och depression. Gemenskap skänker trygghet och gör att personen upplever sig själv som betydelsefull.

För personer som bor hemma under det första året efter stroke är fortsatt rehabilitering ett stort och viktigt behov och dessutom mycket effektivt. Träning och fysisk aktivitet som den strokedrabbade har valt själv kan ge en ökad delaktighet i samhällslivet. Arbetsrehabilitering bör erbjudas åt de personer som är i en yrkesverksam ålder. Under det första året kan arbetsåtergången vara låg men kan däremot öka efterhand (Socialstyrelsen, 2005).

I studiens bakgrund kom det fram att hypertoni var en av de vanligaste orsakerna till stroke. Förmaksflimmer är i alla åldrar vanligare hos män än kvinnor men när det gäller skillnaden mellan de strokedrabbade män och kvinnor så var förmaksflimmer lika vanligt bland män och kvinnor. Det vill säga risken att drabbas av stroke för en kvinna med hypertoni är den samma som för en man med hypertoni och detta beror på den stigande åldern bland kvinnor i Sverige (Socialstyrelsen, 2005).

I studien Paul et al (2005) visade författarna att afasi, neglekt, hemiplegi, inkontinens och nedsatt medvetandegrad var de vanligaste faktorer som påverkade de strokedrabbades livskvalitet. Enligt socialstyrelsen (2005) är afasi en av de vanligaste störningarna. Det förekommer cirka 20- 40 procent av fallen efter stroke. Sjuksköterskans roll och ansvar angående den strokedrabbades livskvalitet beror nog på vilka komplikationer och symtom den strokedrabbade har drabbats av och i vilken omfattning det påverkar patientens funktionsnivå (Almås, 2001). Här är det viktigt att även om den strokedrabbade är beroende av vården på olika sätt så ska sjuksköterskan se helheten och inte bara det medicinska eller omvårdnads mässiga.

Enligt Nicholas-Larson (2005), Sturm et al (2004) och Haacke et al (2006) så hade ålder hade en påverkan på livskvalitet och livskvalitet minskade med stigande ålder. Det som påverkar livskvaliteten tror vi inte att det är åldern i sig utan det åldern har att medföra som invaliditet och hälsoproblem. För många kan vara 60år men ändå inte ha några problem med vare sig hälsan eller invaliditeten. I studien av Akiko et al (2006) tog författarna upp att medelpoängen i livskvalitet inte hade någon betydelse med stigande ålder då de använde sig av ett test (Man Whitney U-test) för att undersöka skillnaden i livskvalitet hon män och kvinnor. Studien av Baune och Aljeesh (2006) förde också på tal att åldern inte hade någon påverkan på något område i livskvalitet dock visade dem inte någon redovisning på detta i studien. I studierna Nicholas-Larson (2005), Sturm et al (2004) och Haacke et al (2006) som framförde att den stigande åldern hade någon påverkan på livskvaliteten, syftade antagligen på de hälsoproblemen som den stigande åldern medförde med. Haacke et al (2006) redovisade om att den stigande åldern påverkade den strokedrabbades hälsorelaterad livskvalitet negativt men att detta

var på grund av en ökad invaliditet och de hälsoproblemen som åldern medför med.

## SLUTORD

Sammanfattningsvis visar föreliggande studie att upplevelsen av livskvalitet bland strokedrabbade är individuell. Fortsatt forskning rekommenderas då en empirisk studie vore lämplig för att ta reda på om sjukvårdspersonal i ett möte med de strokedrabbade patienter har tillräckliga kunskaper för att möta de strokedrabbade på ett korrekt sätt samt att ge dem den vård de behöver och önskar. Denna litteraturstudie kan utgöra ett stöd för sjuksköterskor i deras dagliga arbete i både slutenvård och primärvård.

## REFERENSER

- Akiko, A et al (2006) Gender differences in health-related quality of life among stroke patients. *Geriatr Gerontol int*, 6, 165-173
- Almås, H (2001) *Klinisk omvårdnad del 2*. Stockholm: Liber AB
- Aprile, I et al (2006) Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurol Sci*, 27, 40-46
- Aquilonius, S M (2000) *Neurologi*. Stockholm: Liber AB
- Baune, B T & Aljeesh, Y (2006) The association of pshycological stress and health related quality of life among patients with stroke and hypertension in Gaza Strip. *Annals of General Psychiatry*, 5, 1-8
- Brülde, B (2003) *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur
- Ericson, T & Ericson E (2002) *Medicinska sjukdomar, specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, B E & Lundgren, M (2006) *Kartläggning av aktivitets- och funktionsförmåga samt livskvalitet hos personer med stroke 5 till 6 år efter insjuknandet*. Karlstad: AB Knappen
- Greenlund, K J et al (2002) Physician advice, patient actions, and health-related quality of life in secondary prevention of stroke trough diet an exercise. *Journal of the American Heart Association*, 33, 565-571
- Haacke, C et al (2006) Long term outcome after stroke: evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Journal of the American Heart Association*, 37, 193-198
- Hartman, J (1998) *Vetenskapligt tänkande, från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur
- Hedberg, B et al (2007) Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal of Nursing Management*, 15, 214-221
- Hedner, L P (2004) *Invärtes medicin*. Lund: Studentlitteratur.8:e upplagan.
- Kalra, A et al (2005) A randomised controlled comparison of alternative strategies in stroke care. *Health technology Assessment*, 9, No18, 1-4
- Kauhanen, M S et al (2000) Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Arch Phys Med Rehabil*, 81, 1541-46
- Kommunförbundet Skåne, Stroke (2002) >  
[http://www.skane.se/upload/Webbplatser/H%C3%A4lsa%20och%20sjukv%C3%A5rdspogram/Dok\\_Stroke\\_web.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/H%C3%A4lsa%20och%20sjukv%C3%A5rdspogram/Dok_Stroke_web.pdf)<070426

- Klockars, K & Österman, B (1995) *Begrepp om hälsa, filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Stockholm: Liber
- Kong, K H & Yang, S Y (2006) Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med Journal*, 47, 213-218
- Krančiukaitė, D et al (2006) Measurement of quality of life in stroke patients. *Medicina*, 9, 42, 709-716
- Kristofferson, N J (1998) *Allmän omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Kvigne, K et al (2005) The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 897-905
- Nicholas-Larsen, D S et al (2005) Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Journal of the American heart association*, 36, 1480-1484
- Norrving, B & Terent, A (2001) *Strokeboken*. Arne Löfgren Offset.
- Paul, S L et al (2005) Long-term outcome in the North East Melbourne stroke incidence study: predictors of quality of life at 5 years after stroke. *Journal of the American Heart Association*, 36, 2082-2086
- Polit, D F et al (2001) *Essentials of nursing research, methods, appraisal and utilization (5:th ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Sjukvårdsrådgivningen (2006) Stroke slaganfall>  
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=19931&PreView=070412>
- Socialstyrelsen (2000) Vem får stroke ><http://www.stroke.nu/34246.htm>< 070413
- Socialstyrelsen (2006) *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005, beslutsstöd för prioriteringar*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska AB
- Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska>  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>< 070428
- Sturm, J W et al (2004) Quality of life after stroke: the North East Melbourne stroke incidence study (NEMESIS). *Journal of the American Heart association*, 35, 2340-2345
- Thorsén, H (2003) *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Stockholm: Liber
- WHO (1998) Development of the world health Organisation WHOQOL-BREF

quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28, 551-558.

Widar, M et al (2004) Health-related quality of life in persons with long-term pain after a stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 497-505

Willman A et al (2006) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

# BILAGOR

Bilaga 1: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod enligt Willman (2006)

Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod enligt Willman (2006)

Bilaga 3: Kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklarna enligt Willman (2006)

## Bilaga 1. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod enligt Willman (2006)

Beskrivning av studien

*Forskningsmetod* (RCT,CCT,Multicenter antal center, kontrollgrupp(er))

*Patient karakteristika* (Antal, Ålder, Man/Kvinna)

*Kriterier för exlusioner*

*Intervention*.....  
.....

*Vad avsåg studien att studera?*

D.v.s. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

.....  
.....

*Uralsförfarandet beskrivet?*(Ja, Nej)

*Representativt urval?*(Ja, Nej)

*Randomiseringsförfarande beskrivet?*(Ja, Nej, Vet ej)

*Likvärdiga grupper vid start?* (Ja, Nej, Vet ej)

*Analyserande i den grupp som de randomiserades till?* (Ja, Nej, Vet ej)

*Blindning av patienter?* (Ja, Nej, Vet ej)

*Blindning av vårdare?* (Ja, Nej, Vet ej)

*Blindning av forskare?* (Ja, Nej, Vet ej)

**Bortfall**

*Bortfallsanalysen beskriven?* (Ja, Nej)

*Bortfallsstorleken beskriven?* (Ja, Nej)

*Adekvat statistisk metod?* (Ja, Nej)

*Etiskt resonemang?* (Ja, Nej)

*Hur tillförlitligt är resultatet?*

*Är instrumenten valida?* (Ja, Nej)

*Är instrumenten reliabla?* (Ja, Nej)

*Är resultatet generaliserbart?* (Ja, Nej)

**Huvudfynd** (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT,

konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power beräkning)

.....  
.....

**Sammanfattade bedömning av kvalitet** (Bra, Medel, Dålig)

**Kommentar**.....  
.....

Granskare (sign) .....

## Bilaga 2. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod enligt Willman (2006)

### Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? (Ja, Nej, Vet ej)

Patientkaraktäristika (Antal, Ålder, Man/Kvinna)

Är kontexten presenterad? (Ja, Nej, Vet ej)

Etiskt resonemang? (Ja, Nej, Vet ej)

### Urval

- Relevant (Ja, Nej, Vet ej)
- Strategiskt? (Ja, Nej, Vet ej)

### Metod för

- Urvalsförfarandet tydligt beskrivet? (Ja, Nej, Vet ej)
- Datainsamling tydligt beskrivet? (Ja, Nej, Vet ej)
- Analys tydligt beskriven? (Ja, Nej, Vet ej)

### Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? (Ja, Nej, Vet ej)
- Råder data mättnad? (Ja, Nej, Vet ej)
- Råder analysmättnad? (Ja, Nej, Vet ej)

### Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt? (Ja, Nej, Vet ej)
- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? (Ja, Nej, Vet ej)

Genereras teori? (Ja, Nej, Vet ej)

Huvudfynd, vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?.....

.....

.....

.....

Sammanfattade bedömning av kvalitet (Bra, Medel, Dålig)

Kommentarer .....

.....

Granskare (sign) .....

*Bilaga 3. Kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklarna enligt Willman (2006). Bortfall=(0), N= antal deltagare med avdragen bortfall.*

<b>Författare, År, Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitetstyp</b>
Akiko K et al, 2006 Japan	Gender differences in health-related quality of life among stroke patients.	Undersöka livskvalitet av strokedrabbade patienter från genusperspektiv samt identifiera faktorer som påverkar dessa skillnader	En kvantitativ studie där Frågeformulär skickades genom mail och därefter mättes med hjälp av frågeformulär EuroQol (EQ-5D)	N= 480 (312)	Livskvalitet allmänt för män var signifikant högre än kvinnor, män hade bättre förmåga att promenera och utföra ADL än kvinnor och ett stort antal av kvinnor var i en depressions fas.	Bra
Aprile I et al, 2006 Italien	Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation	Fastställa sammanhanget mellan oförmåga och hälsorelaterad livskvalitet samt hur demografiska eller sociala faktorer kan påverka den utskrivna stroke patientens livskvalitet.	En prospektive studie med en kvantitativ forskningsmetod där de mättes hälsorelaterad livskvalitet med (SF-36), barthel index, functional independence measure, modified ranking scale och deambulation index.	N= 68 (7)	Patienter med depression hade ett starkt samband med låg utbildningsnivå. Patienter med depression fungerade sämre fysiskt och hade en nedsatt mental funktion men däremot högre smärtröskel.	Medel

<b>Författare, År, Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet Typ</b>
Baune B T & Aljeesh Y, 2006 Palestina	The association of psychological stress and health related quality of life among patients with stroke and hypertension in Gaza Strip.	Författarna ville utforska sambandet mellan psykologisk stress och livskvalitet mellan strokedrabbade och inte strokedrabbade personer i Gaza.	En tvärsnittstudie med en kvantitativ forskningsmetod där både fall och kontroll gruppen var tagna från samma geografiska område i Gaza. Psykologisk stress bedömdes med SCL-90 och HRQOL bedömdes genom instrumenten SF-36 eller WHOQOL frågeformulär.	N= 336 (68)	Strokedrabbade patienter hade signifikant lägre livskvalitet och högre nivå för stress än patienter utan stroke. Inkomst och genusperspektiv var dem enda sociodemografisk faktor som hade ett signifikant samband med fysisk och social område av livskvalitet för strokedrabbade patienter.	Medel
Greenlund K J et al. 2002 Amerika	Physician advice, patient actions, and health-related quality of life in secondary prevention of stroke through diet and exercise.	Undersöka antal personer med stroke som har fått och följt råd av läkare angående ändringar i kosten och träning. Författarna ville också fastställa om faktorer förändrade hälsorelaterade livskvaliteten.	En statsbaserad telefon survey, kvantitativ forsknings metod. Författarna ringde slumpmässigt upp deltagarna till studien från olika städer i Amerika.	N= 51193 (1430)	Sextien procent av dem som hade en historia i stroke blev rekommenderade att äta mindre fettrik mat och 85,4 procent av dem som fick rekommendationen ändrade sin kost jämfört med 56 procent av dem som inte fick det. Nästan 64 procent av dem som hade stroke hade fått råd att träna mer och 76,5 procent av dem följde rådet jämfört med 38,5 procent av dem som inte fick några råd. Det visade sig att personer med stroke som tränade hade färre fysiskt begränsade dagar, färre dagar då hälsan inte var bra och fler dagar då de kände sig friska än dem som inte tränade.	Medel

<b>Författare, År, Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet Typ</b>
Haacke C et al, 2006 Tyskland	Long-term outcome after stroke: evaluating health-related quality of life using utility measurements	Syftet var att undersöka resultatet samt identifiera hälsorelaterad livskvalitet av strokedrabbade patienter efter fyra år.	Prospektive studie med en kvantitativ forskningsmetod där de användes sig av frågeformulär EuroQoL Index (EQ- 5D).	N= 77 (75)	Hälsorelaterad livskvalitet var associerad med depression och livskvalitet minskar med stigande ålder på grund av ökande invaliditet och svårigheter i stigande ålder.	Bra
Hedberg Bet al, 2007 Sverige	Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication	Att undersöka och beskriva sjuksköterskans uppgift som en kommunikativ medlare i kooperativa vårdplaneringsmöten och vilken deltagarstatus patienten får i denna typ av kommunikation	Kvalitativ metod där 13 vårdplaneringsmöten med totalt 11 sjuksköterskor som var delaktiga inspelades deras samtal och transkriberade. Sjuksköterskor, sociologer och strokedrabbade var huvudpersonerna i mötena. Ett kodnings schema gjordes och tre huvudteman användes för analysen.	N= 11 (0)	Sjuksköterskorna bjöd aldrig in patienten i konversationen för att höra deras version utan att påverka dem. De flesta sjuksköterskor gav råd baserade på deras profession som sjuksköterska. De agerade som patientens advokater genom att tala för eller om patienten. De stödde sällan patienternas yttranden.	Bra

<b>Författare, År, land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet Typ</b>
Kauhanen ML et al, 2000, Finland	Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction.	Författarna ville undersöka livskvaliteten med fysiska, social och mental hälsa, fysisk och emotionell begränsning, livskraft, kroppslig smärta, allmänna hälsområdet bland strokedrabbade, tre och tolv månader efter stroke.	En prospektiv studie som har använt sig av en kvantitativ forskningsmetod.	N=85 (30)	Livskvalitet var lägre bland de strokedrabbade personer tre och tolv månader efter stroke än allmän befolkningen. Depression var en av de vanligaste orsak som påverkade livskvalitet bland de strokedrabbade.	Medel
Kong K H & Yang S Y 2006 Kina	Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic	Att bedöma hälsorelaterad livskvalitet bland stroke överlevande och faktorer som förknippas med det.	Cross-sektionell survey med kvantitativ metod studerade patienter som hade överlevt ett år eller längre med stroke. HRQOL bedömdes genom användandet av SF-36, funktionell status med Modified Barthel Index (MBI) och humör med Beck's Depression Inventory (BDI)	N= 100 (32)	Femtio procent av patienterna behövde olika mycket hjälp för i vardagliga aktiviteter. Ålder, kön, poststroke duration, MBI poäng och specifik sida vid hemplegi var inte kopplat till HRQOL. Depressiva patienter hade en signifikant lägre SF-36 poäng på alla områden utom i fysisk funktion och kroppslig smärta (p-värde <0, 001).	Medel

<b>Författare, År, Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet Typ</b>
Kvigne K et al 2005 Norge	The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses	Att utforska omvårdnadens natur och rehabilitering av strokedrabbade kvinnor, som beskrivs av sjuksköterskor.	Forskarna använde sig av en kvalitativ forsknings metod. Sjuksköterskorna intervjuades, författarna var inspirerade av Giorgi's fenomenologiska metod i analyseringsfasen	N= 14 (0)	Sjuksköterskorna var mest fokuserade på den funktionella och praktiska aspekten. De såg rehabiliterings processen mer ur ett professionellt perspektiv än från patientens synvinkel, och ur ett omedvetet könsneutralt perspektiv.	Bra
Nicholas Larsen D S et al, 2005 Amerika	Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery	Studien undersökte sambandet mellan individuella och den kliniska livskvaliteten hos strokedrabbade med mild till måttlig stroke under akut återhämtning.	En kvantitativ studie där hälsorelaterad livskvalitet bedömdes av stroke effekt skala (SIS) och WMFT.	N= 216 (13)	De kom fram till lägre livskvalitet bland de strokedrabbade personer som hade en sämre handfunktion och sociala funktion samt nedsatt minnesförmågan och kommunikation.	Medel

<b>Författare, År, Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet Typ</b>
Paul S L et al, 2005 Australian	Long-Term outcome in the North East Melbourne stroke incidence study: Predictors of quality of life at 5 years after stroke.	Syftet var att etablera nivån av hälsorelaterad livskvalitet bland stokedrabbade patienter efter 5år och utforska faktorer	En prospektive studie med en kvantitativ forsknings metod. Där instrumentet ANOVA användes för att för fastsälla hälsorelaterad livskvalitet.	N= 356 (622)	20 % av de stokedrabbade patienter hade lägre hälsorelaterad livskvalitet efter 5 år. De förutseende faktorer för låg hälsorelaterad livskvalitet efter 5år poststroke var stigande ålder och låg ekonomistatus.	Bra
Sturm W J et al 2004 Australien	Quality of life after stroke: the North East Melbourne stroke incidence study (NEMESIS)	Syftet är att bedöma HRQOL två år efter stroke och att identifiera bestämmande faktorer för stokedrabbade HRQOL.	En follow-up studie med en kvantitativ forsknings metod.	N= 225 (41)	De avgörande faktorerna för HRQOL bland stroke överlevande var handikapp, fysisk försämring, oro och depression.	Bra

<b>Författare, År, Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet Typ</b>
Widar M, et al, 2004 Sverige	Health related quality of life in persons with long-term pain after a stroke.	Att beskriva HRQOL hos strokedrabbade med lång tids smärta efter stroke och jämföra detta med olika typer av smärta, ålder, kön och hushålls status.	Forskarna använde sig av både kvalitativa och kvantitativa metoder. Skolor som SF-36 och Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) användes.	N= 41 (5)	Fysisk och kognitiv funktion, ekonomisk trygghet och goda relationer, stöd och att ha möjligheten att vara tillsammans med familj och vänner var viktiga faktorer som påverkade hälsorelaterad livskvalitet. Det kom även fram att män hade en nedsatt vitalitet än kvinnor och att den äldre gruppen hade sämre fysisk funktion i SF-36.	Bra