



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Yngre personers förändrade livsvärld efter stroke

- En analys av patografier

Eva Hermansson

Catharina Lövdahl

Handledare: Agneta Lindvall

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2014

Yngre personers förändrade livsvärld efter stroke

Eva Hermansson

Catharina Lövdahl

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige drabbas varje år omkring 30 000 personer av stroke. Av dessa är cirka 20 % i yrkesverksam ålder. De yngre personerna (under 65 år) befinner sig mitt i livet och deras livssituation kan på många sätt skilja sig från de äldre personernas situation. Av denna anledning är det betydelsefullt att uppmärksamma och underlätta de yngres situation. En stroke medför även stora förändringar i den drabbades livsvärld. Genom att vårda ur ett livsvärldsperspektiv kan en förståelse för personen och hur han eller hon upplever sin verklighet uppnås. Det är livsvärlden som fungerar som utgångspunkt när en person försöker få klarhet i sin situation och vad som har hänt.

Syfte: Syftet var att beskriva yngre personers förändrade livsvärld efter stroke.

Metod: Kvalitativ litteraturstudie baserad på tre patografier. Patografierna analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Personerna beskrev stora förändringar i livet efter stroke. De upplevde att de kände sig som fångna i sina kroppar och att de inte längre kände igen sig själva som den person de en gång varit. Förändringarna i livsvärlden ledde till att de fick omvärdera sina liv för att kunna hitta tillbaka till sig själva igen. Genom att acceptera sin nya livssituation kunde personerna återigen finna mening med livet.

Slutsats: Studien visar att tiden efter en stroke kan vara en emotionell berg- och dalbana. För att kunna hantera och acceptera den förändrade livsvärlden efter stroke är det viktigt att få hjälp och stöd från omgivningen. Föreliggande studie kan öka förståelsen för hur betydelsefullt det är att ha en kunskap om hur livsvärlden plötsligt kan förändras efter en stroke.

Nyckelord: livsvärld, omvårdnad, sjuksköterska, stroke, upplevelse, yngre personer

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	2
Livsvärld.....	3
Syfte.....	4
Metod.....	4
Datainsamling och urval.....	5
Vald litteratur.....	6
Mitt andra liv - en berättelse om att drabbas av stroke, 2010.....	6
Är du full? Nej jag har haft en stroke: Om vikten av fullgod rehabilitering , 2012.....	6
Vändtänd, 2008.....	6
Analys.....	7
Resultat.....	8
Fånge i sin egen kropp.....	8
En kropp som inte lyder.....	8
Förlora sig själv.....	9
En pendling mellan hopp och förtvivlan.....	10
Känslan av hopplöshet.....	10
Viljan att komma tillbaka.....	11
Det nya livet.....	11
Bli en ny person.....	12
Acceptera sitt nya jag.....	13
Diskussion.....	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats.....	19
Självständighet.....	20
Referenslista.....	21
Bilaga 1. Exempel på innehållsanalys.....	24

Inledning

Stroke är en av de sjukdomar som står för flest vård dagar på svenska sjukhus (Riks-Stroke, 2012). Risken för stroke ökar i takt med stigande ålder och medelåldern att drabbas är 75 år (Hallström, Jönsson, Nerbrand, Norrving & Lindgren, 2008). Hallström et al. (2008) har i sin studie kommit fram till att antalet strokepatienter kommer att öka i framtiden. Dels på grund av att den äldre befolkningen i Sverige ökar, men också på grund av att överlevnaden vid stroke har förbättrats (ibid.). Detta innebär att vårdpersonal (läkare, sjuksköterska, undersköterska eller annan vårdpersonal) kommer att stöta på dessa personer i sitt dagliga arbete, oavsett om de jobbar inom slutenvård, primärvård eller inom den kommunala vården.

Dödligheten och insjuknandet har dock minskat hos de äldre, samtidigt som det har blivit vanligare att yngre personer får stroke (Socialstyrelsen, 2013). Eftersom medelåldern att insjukna i stroke är 75 år och att Socialstyrelsen (2013) benämner personer över 65 år som äldre, har denna studie valt att se dem som insjuknar innan 65 års ålder som yngre i detta sammanhang. Studier visar att yngre personers upplevelser av att få stroke kan skilja sig från äldres då den yngre personen befinner sig i ett annat skede av livet. Personens livssituation kan se annorlunda ut och de har därför andra förutsättningar än äldre som insjuknar i stroke. En stroke kan innebära stora förändringar i familjelivet, arbetslivet och andra sociala relationer för den yngre personen (Dale-Stone, 2005; Röding, Öhman, Malm & Lindström, 2007). Studier har visat att den yngre personen kan ha svårt att återgå till livet som det var innan och många känner att de har förlorat kontrollen över sina liv och att de har förlorat sig själva som person (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal & Hesook, 2012; Lawrence, 2010).

För att kunna ge en god och personcentrerad omvårdnad är det betydelsefullt att den som vårdar förstår personens livsvärld. För att få en inblick i en persons livsvärld och få kunskap om personens individuella upplevelser och erfarenheter är det angeläget att visa ett intresse av dennes livshistoria (Dahlberg, Segersten, Nytröm, Suserud & Fagerberg, 2003). I mötet med personer som drabbats av stroke är det angeläget att vårdpersonal har kunskap om hur livet plötsligt kan förändras efter en stroke. Kouwenhoven et al. (2012) lyfter behovet av fortsatt forskning kring ämnet, framförallt utifrån den yngre personens perspektiv.

Bakgrund

Stroke är ett samlingsnamn på symtom som uppkommer när en del av hjärnans nervvävnad kommer till skada på grund av att syretillförsel upphör helt eller delvis till det berörda området (Mätzsch, 2010). Kloska, Wintermark, Engelhorn och Fieback (2010) beskriver att cirka 85 % av de som drabbas av stroke får en hjärninfarkt, vilket innebär att blodtillförseln stoppas, ofta på grund av att en propp helt eller delvis täpper till ett kärl, vilket leder till att hjärnans nervceller utsätts för syrebrist. De resterande 15 % får en stroke som orsakas av en hjärnblödning, vilket innebär att hjärnans nervceller utsätts för syrebrist på grund av blödning från ett brutet blodkärl (ibid). De vanligaste symtomen på stroke är, enligt Mätzsch (2010), plötslig svaghet eller domningar i ansikte, arm eller ben på ena sidan av kroppen. Andra symtom kan vara talsvårigheter, synstörningar, yrsel, nedsatt medvetande och svår huvudvärk (ibid). Vanliga orsaker till stroke är hög ålder, hypertoni, rökning, förmaksflimmer, ärftlighet, brist på motion och övervikt. Många av dessa riskfaktorer går dock att förebygga redan i unga år, exempelvis genom ändrade levnadsvanor (Fisher, Lees & Spence, 2006).

Stroke är en av våra vanligaste folksjukdomar och är, efter cancer och hjärtsjukdomar, den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning och död (Riks-Stroke, 2012). I Sverige drabbas omkring 30 000 personer av stroke varje år (Socialstyrelsen, 2013). Stroke är en traumatisk och oväntad upplevelse som ofta kommer utan förvarning (Lawrence, 2012). Cirka 20 % av de som drabbas är i yrkesverksam ålder, det vill säga under 65 år (Riks-Stroke, 2012). Yngre personer (under 65 år) drabbas mer sällan av stroke än äldre, men är benägna att leva längre med de funktionsnedsättningar som en stroke kan ge. Därför är det betydelsefullt att uppmärksamma och underlätta deras situation genom att erbjuda en åldersanpassad rehabilitering som tar hänsyn till att de yngre personerna kan ha annorlunda behov än äldre personer som drabbas (Graham, Pereira & Teasell, 2011). Det finns ett brett spektra av problem hos de yngre som drabbats av stroke och många upplever måttlig till svår funktionsnedsättning, så som muskelsvaghet, gång- eller talsvårigheter (Snögren & Sunnerhagen, 2009). Röding, Glader, Malm, Eriksson och Lindström (2003) har genomfört en studie som visar att yngre personer som genomgått en stroke ofta upplever ett eller flera kvarstående symtom som domningar, balanssvårigheter, synnedsättning, smärta, huvudvärk samt talsvårigheter (ibid.). Även kronisk trötthet och depression är vanligt förekommande efter stroke, vilket kan påverka den yngre personens sociala liv negativt, vilket i sin tur kan leda till en lägre livskvalitet (Lawrence, 2010).

Graham et al. (2011) lyfter vikten av en fullgod rehabilitering för att yngre strokepatienter ska kunna återgå till sina arbeten (ibid.). Stöd och positiva attityder från omgivningen är faktorer som påverkar återgången till arbetet. Det är viktigt för den drabbade personen att känna stöd från andra och att inte uppleva sig som en börda (Lindström, Röding & Sundelin, 2009).

Röding et al. (2007) har genomfört en studie som visar att den yngre personen som genomgått en stroke ofta upplever en stor frustration. Detta beror på trötthet, bristande delaktighet, brist på information och brist på åldersanpassad rehabilitering. En icke åldersanpassad rehabilitering kan leda till att den yngre personens behov inte blir tillgodosedda (ibid.).

Lawrence (2010) menar att den yngre personen som drabbas ofta vill veta vad som orsakat insjuknandet. Om orsak inte kan hittas, kan en oro och rädsla uppstå för att det ska hända igen. Kognitiva och psykologiska effekter kan uppstå och innebära ett hinder för personen att fortsätta livet som innan. Mer kunskap behövs för att kunna erbjuda ett bra stöd och för att kunna ge råd om eventuella livsstilsförändringar som kan hjälpa den yngre personen (ibid.).

Bendz (2003) beskriver att vårdpersonal och de som drabbas av stroke ofta har olika uppfattning om vad det innebär att insjukna i stroke. Vårdpersonal fokuserar ofta på rent medicinska aspekter, så som diagnos, riskfaktorer och fysiska funktionshinder medan de drabbade personerna även fokuserar på sociala och psykologiska aspekter. De som genomgått en stroke upplever ofta att det som begränsar dem mest är de psykiska effekter som funktionshindren ger i vardagen. Medan målet med vården för vårdpersonalen kan vara att personerna ska återfå sina kroppsliga funktioner strävar istället personerna som genomgått en stroke efter att kunna anpassa sig till sina nya livssituationer (ibid.).

Livsvärld

Bengtsson (2005) skriver att livsvärlden är den värld vi dagligen lever i och tar för given. Den skildrar personers inre värld och hur de själva ser sin omvärld samt deras vardagliga och levda erfarenheter i varierande situationer (ibid.). Dahlberg et al. (2003) beskriver att det är i och genom livsvärlden som vi finns till. Var och en har sin egen historia med sin egen upplevelse och förståelse av sin situation och värld. Människan är ett levande subjekt, en odelbar enhet, vi har inte en kropp utan vi är vår kropp. Genom vår kropp har vi tillgång till världen och varje förändring i vår kropp medför en förändring av tillgången till världen och livets

förutsättningar ändras. Denna förändring kan bli tydlig när en person drabbas av kronisk sjukdom, svår skada eller någon annan form av lidande, exempelvis stroke. Eftersom vi inte kan träda ut vår kropp eller vår livsvärld måste vi lära oss att hantera den förändrade situationen (ibid.).

Vårdandet, ur ett livsvärldsperspektiv, innebär att patienten är i fokus och att en förståelse för personen finns, vilken kan användas för att synliggöra och förstå hur det är att vara människa (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). I vårdandet av patienten är det viktigt att bejaka dennes verklighet såsom han eller hon upplever den (Ekebergh, 2009). Livsvärldsperspektivet är också relevant för patientundervisningen, det vill säga då personen ska ta till sig kunskap för att kunna leva ett bra liv trots den ohälsa som han eller hon drabbats av. När personen försöker få grepp om sin värld och skapa förståelse om vad som hänt sker detta med livsvärlden som utgångspunkt (Bengtsson, 2005).

Vid forskning som har ett livsvärldsperspektiv ska det huvudsakliga syftet vara att beskriva personers levda värld och erfarenheter (Dahlberg et al. 2008). I denna studie har det, genom patografier, varit personernas egna erfarenheter och beskrivningar som legat till grund för att skapa en förståelse för och ge en insikt i personernas förändrade livsvärld.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva yngre personers förändrade livsvärld efter stroke.

Metod

Metoden som tillämpades i denna studie var en litteraturstudie med kvalitativ ansats. I denna litteraturstudie har informationen hämtats från patografier. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2006) är en patografi ett material som ger en beskrivande bild av hur personen erfar världen eller vissa delar av den och syftar till att beskriva människans varierande skeden i livet (ibid.).

Patografier kan vara en viktig källa till kunskap och är byggda på författarens egna erfarenheter och upplevelser (Segesten, 2006).

En kvalitativ ansats valdes då syftet var att beskriva personers förändrade livsvärld. I litteraturstudier med en kvalitativ ansats är det personers levda erfarenheter och upplevelser

som studeras (Henricson & Billhult, 2012). Dahlborg-Lyckhage (2006) anser att en kvalitativ ansats är en lämplig metod att använda för att beskriva upplevelser då den innebär att vikt läggs på ett fenomenens egenskaper och vilken mening människan lägger i detta (ibid).

Datainsamling och urval

I denna studie har patografier använts då de ansågs kunna ge en djupare förståelse av hur livsvärlden kan upplevas av yngre personer som drabbats av stroke. Inklusionskriterierna var att patografierna skulle vara skrivna av personerna själva, utan eventuella medförfattare, och att författaren vid insjuknandet var mellan 18-65 år. Patografierna skulle vara skrivna efter år 2000 och de skulle vara på originalspråket, i detta fall svenska.

Libris sökmotor användes för att hitta lämpliga patografier. Tre separata sökningar genomfördes, se tabell 1. Första sökningen i Libris, med sökorden patografi och stroke, resulterade inte i någon träff. En andra sökning gjordes med sökordet stroke. Vid denna sökning användes en avgränsning på biografier och böcker skrivna på svenska. Sökningen resulterade i 14 böcker. Fem stycken kunde exkluderas direkt då de var utgivna innan år 2000, och tre exkluderades på grund av att de var skrivna av anhöriga. Ytterligare en exkluderades då den var översatt från ett annat språk. De resterande fem söktes upp på bibliotek för att granskas närmare, dock fanns två böcker ej att tillgå. De övriga tre böckernas sammanfattningar genomlästes. En bok exkluderades på grund av att den var en samling av flera olika personers upplevelse av stroke, därför gav den inte tillräckligt med information för att svara på studiens syfte. Kvar fanns två böcker som valdes ut för analys.

En tredje sökning gjordes i Libris, denna gång med sökorden stroke och biografi, och resulterade i 17 böcker. 10 av de 17 böckerna kunde exkluderas då de sammanföll med sökning två. Av de resterande sju böckerna exkluderades två stycken då de redan valts ut för analys i sökning två. Ytterligare två exkluderades på grund av att de var utgivna innan år 2000 och en exkluderades på grund av att den var skriven av anhörig. De resterande två böckerna söktes upp och deras sammanfattningar lästes. Därefter exkluderades en av dem då det framkom att författaren vid insjuknandet endast var 12 år, boken svarade därför inte på syftet. Kvar fanns en bok som valdes ut för analys. Det totala urvalet resulterade i tre böcker. Se sökningarna i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av sökningar i Libris

Sökordskombinationer	Avgränsningar	Antal träffar	Lästa sammanfattningar	Antal valda patografier
Stroke och Patografi	Inga	0	0	0
Stroke	Biografier och böcker skrivna på svenska	14	3	2
Stroke och Biografi	Inga	17	2	1

Vald litteratur

Mitt andra liv - en berättelse om att drabbas av stroke, 2010

Ingrid Trollsten är 39 år och ägare av en framgångsrik försäkringsmäklarfirma i Stockholm. Ingrid är mitt i karriären när hennes liv ändras drastiskt, hon drabbas av en stroke. Fem dygn låg hon ensam i sin lägenhet innan hjälp kom. Genom dagboksanteckningar beskriver Ingrid kampen för att komma tillbaka efter sin stroke. Hon beskriver vilka fördomar och motgångar hon möter på vägen. Ingrid berättar även om sin stora kärlek, sin hund Eddie, som kommer att bli hennes bästa vän. Ingrid Trollsten avled oväntat i en lägenhetsbrand och fick aldrig se boken i färdigt resultat. Med boken ville Ingrid inspirera men också få oss att omvärdera vårt sätt att leva.

Författare: Ingrid Trollsten

Är du full? Nej jag har haft en stroke: Om vikten av fullgod rehabilitering , 2012

Hjärtläkaren Magnus Edner var 48 år när han fick genomgå en hjärtoperation efter att ha drabbats av en allvarlig skada i stora kroppspulsådern. Som följd av operationen får han en stroke som i sin tur leder till att han får sväljningssvårigheter, talsvårigheter och nedsatt balans. Även vikten rasar, från 73 kilo till 59 kilo. I boken får man följa Magnus kamp tillbaka och man får en inblick i hans rehabilitering, men även bristen på rehabilitering. Här får man också läsa om många människors okunskap om stroke och om de fördomar Magnus råkar ut för på grund av sina balans- och talsvårigheter.

Författare: Magnus Edner

Vändtänd, 2008

När Margareta Olsson är 59 år och snart ska börja på ett nytt och intressant arbete drabbas hon av en stroke. När hon vaknar upp på sjukhuset kan hon inte prata och hon får veta att hon

drabbats av afasi som följd av sin stroke. Livet tar en helt ny vändning. I dagboksanteckningar skriver Margareta om sitt liv, sina tankar och upplevelser den första tiden efter att hon fått sin stroke och om hennes kamp för att få tillbaka talet.

Författare: Margareta Olsson

Analys

Denna litteraturstudie har använt Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys ger en bild av textens innehåll och dess betydelse (ibid.). Enligt Olsson och Sörensen (2011) används innehållsanalys för att vetenskapligt kunna analysera dokument, dels skrivna och dels i tal. En innehållsanalys innebär att den upplevda situationen av ett fenomen fångas upp och den enskildes upplevelser av ett fenomen beskrivs. En innehållsanalys kan ha en latent eller en manifest ansats. Manifest innehållsanalys inriktar sig på textens innehåll och är textnära. I den latent innehållsanalysen görs en tolkning av innebörden i texten som gör det möjligt att få en djupare mening i texten (ibid.). Denna studie har använt sig av en manifest innehållsanalys med latent inslag. Detta innebär, enligt Graneheim och Lundman (2004), att analysen försöker vara textnära men att en egen tolkning av texten görs för att en djupare och tydligare bild av innehållet ska träda fram.

Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys omfattar flera steg. Det första steget innebär att texterna lästes flera gånger för att få en känsla av helheten (ibid.). Först lästes patografierna enskilt i sin helhet. Därefter lästes texterna igen samtidigt som meningsenheter plockades ut, detta skedde också enskilt. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en meningsenhet en meningsbärande del av texten som kan utgöras av ord, meningar eller hela stycken. Det är dessa som sedan utgör grunden för analysen (ibid.). Efter att meningsenheterna valts ut jämfördes de och kontrollerades mot studiens syfte. Därefter kondenserades enheterna, det vill säga att de gjordes kortare och mer lätthanterliga.

Graneheim och Lundman (2004) skriver att det centrala innehållet ska bevaras så att ingen viktig information försvinner vid kondensering. Därefter förses enheterna med koder som kort beskriver innehållet. Koderna tas fram genom att texten abstraheras och tas till en högre nivå. Sedan sorteras dessa in i kategorier och underkategorier (ibid.). De kondenserade meningsenheterna sorterades efter sitt innehåll och kodades. De meningsenheter med liknande

koder sammanfördes i en tabell. Koderna fungerade som hjälp för att se samband mellan de olika meningsenheterna, och underkategorier och kategorier kunde därefter identifieras. Se exempel på innehållsanalys i bilaga 1.

Resultat

Innehållsanalysen resulterade i tre kategorier med sex underkategorier, se figur 1.

Tillsammans kan dessa ge en bild av personernas förändrade livsvärld efter att de genomgått en stroke. Personerna genomgick en stor förändring i livet. Förändringarna var individuella, men det fanns ändå många likheter som var centrala för alla tre. Dessa liknade upplevelser har utgjort grunden för de olika kategorierna och underkategorierna. För att styrka resultatet kommer det att presenteras tillsammans med citat från patografierna.



Figur 1. Schematisk bild av resultatet.

Fånge i sin egen kropp

Upplevelsen av att vara fånge i sin egen kropp var gemensamma känslor hos de som hade genomgått en stroke. Förändringarna detta medförde i deras livsvärld var svåra för dem att hantera och ledde till ångestladdade känslor. Ur analysen framkom två underkategorier; *en kropp som inte lyder* och *förlora sig själv*.

En kropp som inte lyder

Upplevelsen av att kroppen plötsligt har förändrats och att personerna förlorat kontrollen över sin egen kropp var överväldigande och ledde till känslor av ledsamhet, rädsla och stor frustration. Från att vara helt frisk till att plötsligt vara sjuk och att inte längre ha kontroll över

sin kropp var en skrämmande upplevelse. Det upplevdes svårt att ha en kropp som inte lyder och att kroppen inte längre klarade av det den kunnat innan. Detta påverkade dem djupt och en stor rädsla och ångest uppstod.

På tredje dagen hände det otänkbara. Efter att mått bra när jag låg i sängen kunde jag plötsligt inte stå eller se ordentligt när jag skulle duscha. Jag blev förskräckt, något hade gått fel (Edner, 2012, s. 31).

En kropp som inte längre lyder kan även leda till missförstånd och fördomar från andra. Detta visade sig i personernas nya vardag och grundade sig ofta i svårigheter att kommunicera och göra sig förstådd. Balansproblemen kunde tolkas som att personen var drogpåverkad. När personen sedan skulle försöka förklara situationen, utan att kunna tala ordentligt, blev det inte bättre. Upplevelsen av att fått afasi till följd av sin stroke innebar en sorg och de kände ett stort behov av att hitta tillbaka till sitt språk igen. Afasi tillsammans med att kroppen inte lyder kunde liknas vid att vara instängd i en glasburk. Utan att kunna förmedla sina tankar till omvärlden upplevdes en stor frustration och en känsla av att vara utanför. Det var svårt för dem att få klarhet i vad som hänt och vad som skulle hända då de inte kunde uttrycka sig verbalt. Det väckte många frågor om varför de drabbats och om de gjort något fel.

Upplevelsen av att vara fångad i sin egen kropp och att ha en kropp som inte lyder var en stor sorg och svårt att hantera för personerna. De kände en oro och ville fly bort från allt och upplevde att livet aldrig mer skulle bli som förr.

Förlora sig själv

Känslan av att ha förlorat sig själv grundade sig i upplevelsen av en förlorad självkänsla. Det var en stor omställning att plötsligt vara beroende av andras hjälp. Omställningen ledde till en känsla av att ha förlorat sig själv som den person de en gång varit. Personerna beskrev en känsla av ovisshet och en undran över vilka de blivit och vad som skulle hända med dem. Detta ledde till en osäkerhet inför att kunna återgå till sina vanliga liv och en undran över hur deras nya vardag skulle komma att se ut.

Känslor av att vara mindre värd uppstod och förstärktes av att andra pratade över huvudet på dem. Många i omgivningen tog förgivet att det var fel på deras intellekt, vilket resulterade i en

upplevelse av att inte bli behandlad och bemött som förr. Från att ha fattat sina egna beslut, innan insjuknandet, upplevde de nu att de inte fick bestämma över sina egna liv längre. De kände sig även väldigt utsatta och utlämnade i sin nya situation.

Jag sitter och funderar över hur mitt liv har förändrats; jag har blivit ett skröppel som man behandlar hur man vill, känns det som. Jag har i alla fall fått vara med om mycket roligt under min tid som vanlig människa, tänker jag (Trollsten, 2011, s. 91).

Genom att känna att de hade förlorat sig själv och sin självkänsla upplevde de också känslor av skam. Dels på grund av att vara så utlämnad och beroende av andra, men också på grund av andras förutfattade meningar. De upplevde en skam över att vara sjuka och undvek folk de kände eftersom de inte ville att andra skulle se de funktionsnedsättningar de fått som följd av sin stroke. En rädsla att stöta på gamla vänner och bekanta fanns närvarande och den nya livssituationen kändes mycket olustig.

En pendling mellan hopp och förtvivlan

Frågor om vad som skulle ske och hur framtiden skulle komma att se ut fanns hela tiden närvarande. Känslorna pendlade mycket mellan hopp och förtvivlan. I denna kategori framkom det två underkategorier; *känslan av hopplöshet* och *viljan att komma tillbaka*.

Känslan av hopplöshet

Upplevelsen av att känna hopplöshet ledde till många olika känslor som nedstämdhet, ilska, oro och rädsla. Ovissheten om vad framtiden skulle utvisa väckte många frågor som; Ska jag bli bättre? Ska jag lära mig gå igen? och Vad ska de göra med mig? Ibland upplevde de att framtiden såg så mörk ut att de önskade att de hade fått dö istället. Dessa tankar förde med sig en undran om vad de hade att kämpa för och om det fanns någon mening att fortsätta kampen att bli bättre.

Det upplevdes både svårt och skrämmande att få ett besked om, och att inse, att resten av livet skulle bli helt annorlunda och att de kanske aldrig skulle bli bra igen.

Men jag sitter inne i min permobil. Ska jag sitta så här i kanske fyrtio år till? Tanken skrämmer mig och trots min inställning att man inte ska tycka synd om sig själv, känner jag mig dystert (Trollsten, 2011, s. 195).

Insikten om att de kanske inte skulle bli bra igen väckte många frågor som; Har jag inte varit god och snäll? Varför straffar gud mig? och Varför tvingas jag att genomgå detta? Känslan av hopplöshet pendlade fram och tillbaka. Från att i ena stunden kännas mörk och dystert, till att i nästa stund ha viljan att fortsätta kämpa. Motgångarna var en del i vardagen och kämpandet var en del i det. Kampen beskrevs som att en person måste vara frisk för att kunna vara sjuk.

Viljan att komma tillbaka

En vilja att kämpa för att komma tillbaka fanns hela tiden. Detta yttrade sig i en kämparglöd, envishet och hoppfullhet. En tro och ett hopp om framtiden växte fram och blev synligt. En vilja att bli frisk fanns där, oavsett vad läkarna och vårdarna sa. Beskedet om att framtiden inte skulle bli som de tänkt, ledde till en önskan att bevisa att de andra hade fel och den önskan fungerade som en extra drivkraft i kampen för att bli bra igen.

Var jag en helt hopplös patient- dömd till sjukpension redan innan man ens försökt med någon rehabilitering? Jag blev ledsen, förbannad och ännu mer säker på att visa att hon hade fel (Edner, 2012, s. 43).

De ville inte heller acceptera att livet hade förändrats, utan de var övertygade om att allt skulle bli som förr igen. De var som fyraåringar som ville klara av allt själva och klamrade sig fast vid hoppet om att allt skulle bli bra. Rehabiliteringen visade sig utgöra en viktig roll i personernas liv. Alla tre led av olika funktionsnedsättningar och hade olika behov. En individanpassad rehabilitering, motivation och delaktighet ansåg de kunde hjälpa dem till en bättre och friskare framtid. Familjerna fungerade som ett stöd och var en stor hjälp under resans gång. Även de personliga assistenterna blev en del av vardagen och ett stort stöd.

Det nya livet

Insjuknandet i stroke medförde stora förändringar i personernas livsvärld. Förändringarna ledde till att de fick omvärdera sina liv med nya värderingar och perspektiv, samtidigt som de

sörjde sina gamla liv och det som en gång varit. De två underkategorier som framkom i analysen var; *bli en ny person* och *acceptera sitt nya jag*.

Bli en ny person

Denna underkategori speglar upplevelsen av att ha förändrats som person och känslan av att inte känna igen sig själva som den de en gång varit.

För några år sedan njöt jag av sådana samtal, nu bryr jag mig inte. Det är en mycket märklig upplevelse att upptäcka att man inte längre är den person man en gång varit (Trollsten, 2011, s. 163).

Känslan av att inte längre veta vilka de var och att inte känna igen sina nya personligheter väckte många funderingar om vilka de hade blivit. De kände sig inte alltid bekväma med sitt nya jag och kunde känna att det var som om någon annan hade tagit över deras kroppar. Allt det nya i livet var sådana saker de inte hade behövt fundera över innan och nu fick de sätta igång med att förstå hur deras nya kropp och själ fungerade. Det var inte alltid lätt att acceptera förändringarna, utan de ville ofta att allt skulle vara som innan. När de kom hem från sjukhuset väcktes många minnen. Det blev uppenbart att livet aldrig mer skulle bli sig likt. Det var svårt att förstå att det gamla livet var borta. Känslan ledde till en sorg över att deras gamla liv inte skulle komma tillbaka på grund av deras funktionsnedsättningar. De tänkte ofta tillbaka på hur deras liv sett ut innan de fick stroke. En av dem kunde aldrig komma hem till sin gamla lägenhet igen eftersom funktionsnedsättningarna innebar stora förändringar i den nya livsituationen, sorgen över detta var mycket stor.

Personerna upptäckte hela tiden nya saker om livet och om sig själva, samt om hur de förändrats som personer efter sin stroke. Samtidigt hade de fullt upp med att inte vara rädda och att försöka förstå vad som hänt. De nya upptäckterna gav en känsla av att allt var ovanligt och de var tvungna att lära känna sig själva igen för att bygga upp sina nya identiteter. Det skulle krävas mycket arbete och ork innan de kom fram till sina nya jag, personligheter och förmågor.

Acceptera sitt nya jag

Acceptansen av sitt nya jag grundade sig i en känsla av att livet fortsätter. Genom att acceptera det som hade hänt och vilka de hade blivit kunde personerna se på livet med andra ögon. Efter ett tag kunde de åter finna glädje i livet och i deras förändrade livsvärld.

Jag klarar mig bra fastän jag inte kan allt nu. Jag vet att jag inte har en frisk hjärna men jag lever med det ändå (Olsson, 2008, s. 163)

Livet innan deras stroke kändes mer avlägset och personerna fick bygga upp en ny värld utifrån den gamla genom att lära sig hantera förändringarna i livsvärlden. Den förändrade livsvärlden förde med sig att de blev mer ödmjuka inför livet och vad det hade att erbjuda. Det som var viktigt innan, spelade inte längre lika stor roll och saker som innan tagits för givna blev allt mer betydelsefulla. Livet värdesattes annorlunda efter deras stroke. De upptäckte att livet är skört och att det är viktigt att ta tillvara på det. De lärde sig att se på livet med andra ögon, för att upptäcka att det finns mycket kvar att njuta av. De lämnade sina gamla liv bakom sig och mötte sina nya liv med nya ögon och nya förutsättningar.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva yngre personers förändrade livsvärld efter stroke. För att svara på syftet genomfördes en kvalitativ litteraturstudie med patografier. En kvalitativ ansats valdes då det som avsågs var att studera personernas livsvärld. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att en kvalitativ ansats gör det möjligt att få en inblick i personers upplevda livsvärld genom direkta och omedelbara beskrivningar av personens upplevelser i vardagslivet. Beskrivningarna gör det möjligt att förstå och tolka ett fenomen (ibid.). En kvalitativ ansats ger även en uppfattning om känslor och upplevelser vid en specifik händelse (Polit & Beck, 2012).

Patografier valdes att användas då de kunde ge en helhetsbild av personernas livsvärld efter stroke. Valet att använda patografier kan styrkas genom att Dahlberg (1997) beskriver att biografier/patografier är utmärkt material att använda för att beskriva hur personer erfar världen och det är personens erfarenheter, uppfattningar och upplevelser som är i fokus.

Sörensen och Olsson (2011) menar dock att det kan finnas nackdelar med att använda sig av självbiografiska böcker, i detta fall patografier, eftersom informationen vid personberättelser inte kan kompletteras och därför kan inte eventuella oklarheter klaras upp (Sörensen & Olsson, 2011). I föreliggande studie upplevdes ej några problem med användningen av patografier, även om en annan metod, exempelvis intervjuer, kanske hade kunnat ge ett mer heltäckande resultat. Intervjuer är, enligt Sörensen och Olsson (2011), en bra metod för att ta del av personers vardagsvärld. Enligt etikprovningenslagen (SFS2003:460) måste dock forskaren ha den vetenskapliga kompetens som krävs för att få bedriva forskning som syftar till att påverka forskningspersonen fysiskt eller psykiskt eller riskerar att tillfoga personen fysisk eller psykisk skada (ibid.). Vid en intervju ska stöd kunna erbjudas deltagarna, då obehagliga minnen kan komma upp och en etisk granskning krävs när forskning riskerar att skada en person psykiskt (Kjellström, 2012). Då den vetenskapliga kompetensen som krävs saknas på kandidatnivå, tillsammans med bristen av stödjande resurser, valdes denna metod bort. Ett alternativ hade varit att intervjua sjuksköterskor eller anhöriga. Detta hade dock inte svarat på studiens syfte då det var de drabbade personernas livsvärld som skulle studeras. En persons livsvärld är personlig och kan inte beskrivas av någon annan. Dahlberg (1997) menar vidare att biografier/patografier i en studie kan innebära att mängden information kan bli lika omfattande som vid en intervjustudie. Artiklar som informationskälla valdes bort eftersom mycket av de artiklar som finns om yngre personer som genomgått stroke är inriktad mot rehabilitering och återgång till arbete. Därför upplevdes dessa inte svara på studiens syfte.

I inklusionskriterierna angavs att patografierna skulle vara skrivna av personerna själva och utan eventuella medförfattare. Detta beror på att det skulle vara författarnas egna ord och upplevelser i fokus, utan att någon annan skulle ha skrivit om och eventuellt lagt in egna tolkningar i texten. Detta var även ett skäl till att böckerna, enligt inklusionskriterierna, skulle vara skrivna på originalspråket, i detta fall svenska. Ytterligare ett skäl till att patografierna skulle vara skrivna på svenska var att det var det språk som behärskas bäst. Patografier skrivna på ett annat språk skulle kunna skapa missförstånd och egna tolkningar vid översättning.

En avgränsning gjordes på årtal för publicering eftersom det ansågs vara relevant för upplevelsen av att insjukna i stroke hur sjukhusmiljö, behandling och rehabilitering ser ut. Genom att inte inkludera patografier skrivna innan år 2000 kan det antas att strokevården såg ut ungefär som den gör idag.

Sökmotorn som användes var Libris. Det upplevdes relevant att använda denna sökmotor eftersom Libris (2014) är en nationell söktjänst för bland annat böcker och den uppdateras dagligen. Libris är de svenska forskningsbiblotekens gemensamma katalog (ibid.). Sett till antalet träffar och att passande patografier hittades så upplevdes sökningarna i Libris både relevanta och tillräckliga. Vid första sökningen, med sökorden stroke och patografi, gavs inga träffar. Detta kan eventuellt bero på att begreppet patografi är en relativt ny benämning på självbiografiska böcker som handlar om upplevelser av sjukdom. Genom att använda sökorden biografi och stroke kunde ett bredare urval erhållas. I sökningen med endast stroke som sökord men med Libris avgränsning på biografi, erhöles också ett bredare urval av böcker som handlade om stroke. Segesten (2006) skriver att det alltid krävs en medveten och kritisk bedömning av alla källor i tryckt text. Detta innebär en granskning av vilken eller vem som skrivit texten, vem som är ansvarig utgivare, vilken form av litteratur det rör sig om, när texten är tryckt samt på vilket sätt texten kan användas (ibid.). Vid sökningarna av patografier granskades dessa kritiskt utifrån vem som skrivit den, vilken form av litteratur det rörde sig om samt när texten var tryckt. Utifrån denna granskningen tillsammans med studiens inklusionskriterier samt syfte har relevanta böcker kunnat väljas ut.

Urvalet resulterade i två kvinnliga och en manlig författare, varav den yngsta var 39 år och den äldsta var 59 år. Spridningen gör resultatet mer tillförlitligt än om personerna hade haft samma kön och befunnit sig i samma ålder. Genom att personerna hade olika kön och var i olika åldrar ökar studiens trovärdighet och överförbarhet. Graneheim och Lundman (2004) menar att trovärdigheten och överförbarheten ökar med en större spridning, då det ger en rikare variation av fenomenet.

De tre patografierna handlade alla om personernas upplevelser, erfarenheter och tankar efter genomgången stroke och de svarade därför väl på studiens syfte. Mängden patografier var tillräcklig för att kunna få fram ett resultat med en bra fördelning mellan kön och ålder. Mängden data som samlades in var tillräckligt för att svara på syftet, vilket ökar studiens trovärdighet. Patografierna speglade endast upplevelserna av att insjukna i stroke i Sverige. Detta var ett medvetet val då sjukdomsmiljöer och behandlingar kan skilja sig åt mellan länder och världsdelar och därför kan även personernas upplevelser se annorlunda ut. Om patografier från andra länder hade inkluderats hade antagligen spridningen blivit större, men all fakta kanske inte hade varit relevant för den svenska sjukvården och dess omvårdnad.

Denna litteraturstudie har använt Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys ska fokusera på att tolka texter och används ofta inom vårdvetenskap och omvårdnadsforskning (ibid.). Detta ansågs vara en lämplig metod då det var en större mängd text som skulle analyseras. Då det var en manifest innehållsanalys som utfördes så genomfördes analysen så textnära som möjligt. Dock tillkom det latent inslag då det inte gick att frånga egna tolkningar vid kodning och kategorisering av meningsenheterna samt vid sammanställningen av resultatet. Graneheim och Lundman (2004) skriver att det är svårt att göra en innehållsanalys utan att göra egna tolkningar.

Patografierna lästes först igenom enskilt. Detta för att studiens författare inte skulle påverka varandra. Analysprocessen byggde på samarbete och gemensamma diskussioner, vilket resulterade i en ökad trovärdighet. Graneheim och Lundman (2004) lyfter vikten av en dialog mellan forskare för att ett mer trovärdigt resultat ska kunna erhållas. Vid kategorisering av meningsenheter ska en huvudregel vara att inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier (Jonsson, Heuchemer & Josefsson, 2008). Kategorierna skapas dock alltid av den som utför studien och det finns alltid en viss möjlighet för andra personer att skapa andra kategorier ur samma material (Paulsson, 2008).

Exempel på analysprocessen finns redovisat genom en illustration, se bilaga 1. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en studies trovärdighet ökar genom att illustrationer av hur meningsenheter plockats ut, kondenserats och kodats visas. Detta möjliggör för läsaren att få en uppfattning av analysens kvalitet (ibid.). I denna studie fanns vissa svårigheter att skapa kategorier och underkategorier då en del upplevelser kunde tyckas passa in under flera kategorier. Detta problem löstes genom att gå tillbaka till meningsenheterna och de olika koderna. I vissa fall kunde nya koder växa fram genom en djupare analys och diskussion, för att senare falla in under rätt kategori. Genom att gå tillbaka till analysprocessen flera gånger ökar studiens pålitlighet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar pålitligheten genom att uppgifter förändras över tiden och att förändringar görs i forskarens beslut under analysprocessen (ibid.). Jonsson et al. (2008) skriver att det kan vara svårt att skapa kategorier när en text handlar om upplevelser, eftersom en persons upplevelser kan vara tätt sammanflätade och kan därför passa in under flera kategorier (ibid.). För att ytterligare öka studiens trovärdighet och för att skapa överförbarhet användes citat i resultatet. Graneheim

och Lundman (2004) skriver att överförbarhet handlar om hur väl resultatet kan överföras till andra grupper. Hur väl det kan överföras är upp till läsaren själv att avgöra. Genom att presentera resultatet på ett bra sätt tillsammans med citat ökar trovärdigheten och överförbarheten (ibid.). Resultatet i föreliggande studie kan anses vara överförbart till den yngre personen som drabbas av stroke. Detta på grund av att det finns en bra spridning, både gällande ålder och kön. På det viset kan både man som kvinna känna igen sig i studien.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva yngre personers förändrade livsvärld efter stroke. Resultatet visar att de som drabbats av stroke genomgår stora förändringar i livet och att de kände sig som en fånge i sin egen kropp samt att deras kropp inte längre lydde dem. Kouwenhoven et al. (2012) har genomfört en studie som visar att de som drabbas av stroke ofta inte känner igen sin kropp efter insjuknandet. Det som tidigare gått att kontrollera är efter insjuknandet okänt och nytt. Detta skapar en osäkerhet och en rädsla över vad som hänt och vad som ska komma att hända (ibid.). Personerna i föreliggande studie kände att de hade förlorat sig själva som den person de en gång varit och upplevde att de hade förlorat sin självkänsla. Känslor av skam uppstod när de plötsligt var helt beroende av andras hjälp och det ledde till att de drog sig undan socialt. Murray och Harrison (2004) beskriver att personer som genomgått en stroke ofta känner att de har förlorat sig själva och sin självkänsla. Personlighetsförändringar gör det svårt att känna igen sitt nya jag. Många upplever kognitiva funktionsnedsättningar efter insjuknandet vilket leder till en förändrad självbild och många känner sig generade över vilka de blivit. Förlusten av självkänsla kan leda till att personerna blir mindre sociala och relationerna till andra människor kan förändras (ibid.).

Resultatet visade att upplevelsen av att vara fånge i sin egen kropp och av att ha förlorat sig själv ledde till många ångestladdade känslor och många existentiella frågor uppkom. Fure, Wyller, Engedal och Thommessen (2006) beskriver att det i den akuta fasen efter stroke är vanligt att drabbas av ångest på grund av de stora förändringar i livet som en stroke kan medföra (ibid.).

I resultatet framkom det att den förändrade livsvärlden efter en stroke ledde till många känslor. Tydligast var rädsla, frustration och sorg, vilka var känslor som var starkast direkt efter insjuknandet. Steiner, Pierce, Drahuschak, Nofziger, Buchman och Szirony (2008)

menar att den första tiden efter stroke är en känslomässigt jobbig tid för den drabbade och personen behöver ofta mycket hjälp och stöttning för att kunna träna upp sina förmågor tillsammans med ett socialt och känslomässigt stöd (ibid.). I resultatet framkom det att personerna funderade mycket över hur deras framtid skulle komma att se ut och stödet de fick från omgivningen var betydelsefullt. Engman och Lundgren (2009) bekräftar i sin studie att de som drabbas av stroke har många funderingar rörande framtiden som de ofta grubblar mycket över och de behöver få mycket stöd i sin svåra livssituation. Det är viktigt att vårdpersonal har kunskap om deras situation och att det finns ett ömsesidigt förtroende (ibid.). Dahlberg och Segesten (2010) menar att den som vårdar ska utgå från ett livsvärldsperspektiv för att kunna ge en optimal och personcentrerad omvårdnad och det är viktigt att ha en förståelse för hur den förändrade livsvärlden påverkar personens vardag (ibid.). Resultatet visar att förändringarna i personernas livsvärld ledde till att de fick omvärdera sina liv och hitta nya värderingar och perspektiv. Upplevelsen av att ha förändrats som person fick dem att fundera över vilka de hade blivit istället. Det gamla livet var borta och de fick lära känna sig själva igen. Samtidigt som de kämpade för att hitta sina nya identiteter kände de en stor sorg över sina gamla liv och det de hade förlorat. Burton (2000) skriver att stroke är en ytterst personlig upplevelse som innebär att den drabbade måste omstrukturera och åter bygga upp sitt liv. För att kunna forma sitt framtida liv på ett meningsfullt sätt är det viktigt att få stöd och hjälp (ibid.). Reino och von Post (2007) beskriver att vårdpersonalen kan hjälpa personerna att finna ny mening med livet och lindra lidande genom att vara närvarande, samtala, uppmuntra samt inge hopp och trösta (ibid.).

I kampen att bli bra igen pendlade personerna i föreliggande studie mellan hopp och förtvivlan. Känslan av hopplöshet karaktäriserades av en undran över vad de hade att kämpa för och vad meningen med allt var. Hopplösheten ledde till känslor av nedstämdhet, ilska, oro och rädsla. Motgångar var en del av personernas vardag och kampen att hitta sig själv igen pågick ständigt. Det fanns en vilja att hitta tillbaka till sig själv och den person de var innan. Viljan att bli frisk fanns hela tiden närvarande och yttrade sig i kämparglöd, envishet och hoppfullhet. Burton (2000) menar att de känslomässiga reaktionerna efter stroke ofta består av många toppar och dalar. De perioder då återhämtningen går sämre leder ofta till känslor av missmod och frustration. Samtidigt är hoppet ett viktigt inslag i återhämtningsprocessen efter stroke. I takt med att återhämtningprocessen fortskrider blir det enklare att fokusera på det positiva i livet och på de saker som de faktiskt kan kontrollera (ibid.).

Känslan av att livet fortsätter lade grunden för att personerna i föreliggande studie skulle kunna acceptera sitt nya jag. Personerna kunde se på livet med andra ögon och de blev mer ödmjuka inför vad livet hade att erbjuda. Det som varit viktigt innan blev mindre betydelsefullt och de uppskattade livet på ett annorlunda sätt. Todres, Galvin och Dahlberg (2006) skriver att levda erfarenheter är färgat av humör. Det är personens inställning, känslor och humör som har en stor inverkan på livsvärlden. Det är genom levda erfarenheter och personens samspel mellan hälsa och sjukdom som avgör om en person kan gå vidare i livet. Den existentiella synen på välbefinnande är avgörande för livsvärlden och en positiv anda (ibid.). Efter att ha accepterat sin sjukdom och sin förändrade livsvärld fann personerna i föreliggande studie en ny mening med livet och kunde uppskatta livet igen. Vänner och familj prioriterades framför karriär och materiella ting och de kunde återigen uppleva välbefinnande och hälsa. Dahlberg och Segesten (2010) skriver att en person med långvarig sjukdom kan prioritera om sin livssituation så att livet känns meningsfullt (ibid.).

I föreliggande studie framkom det tydligt att personernas stroke medförde en stor förändring i deras livsvärld, vilket var svårt för dem att hantera. Dahlberg et al. (2003) menar att det är genom vår kropp som vi har tillgång till världen, en förändring i kroppen medför då en förändring i tillgången till världen (ibid.). Denna förändring blev tydlig i resultatet och personerna fick omvärdera sina liv och lära sig att hantera sin förändrade livsvärld. När personerna kunde acceptera sina nya liv uppkom en känsla av tillfredställelse. Dahlberg et al. (2003) beskriver att en person måste lära sig att hantera den nya livsvärlden och sin nya situation, eftersom vi är vår kropp och vi kan inte träda ur den (ibid.).

Slutsats

En stroke medför ofta en stor förändring i de drabbade personernas livsvärld. Den förändrade livsvärlden medför ofta känslor av att ha förlorat sig själv och en känsla av att vara fångad i den egna kroppen. Tiden efter en stroke kan vara en emotionell berg-och-dalbana där personen ofta pendlar mellan att känna hopp och att känna förtvivlan. För att kunna acceptera sin förändrade livsvärld och situation är det betydelsefullt att få stöd och vägledning från sin omgivning. Genom acceptans framkom nya värderingar och perspektiv och personerna lärde sig uppskatta livet på nytt igen.

Stroke är en av de sjukdomar som står för flest vårddagar på svenska sjukhus. Samtidigt ökar stroke i åldrarna under 65 år. Vårdpersonal kommer att träffa dessa patienter, oavsett om de arbetar inom slutenvård, primärvård eller kommunal vård. Därför är det essentiellt att ha kunskap om hur dessa patienter ska bemötas. Som vårdpersonal är det betydelsefullt att ha en kunskap om hur livsvärlden plötsligt kan förändras efter en stroke. Studier av personers förändrade livsvärld kan ge en djupare förståelse för personerna och deras individuella behov, därför vill detta arbete belysa vikten av att fler studier genomförs.

Självständighet

Inledning och bakgrund har skrivits gemensamt av Eva och Catharina. Båda har aktivt sökt fram relevanta artiklar och litteratur för studien. Eva har haft huvudansvaret för datainsamlingen och sökningarna i Libris medan Catharina har haft huvudansvaret för skrivandet av dataanalysen. Båda skribenterna har medverkat aktivt vid analysprocessen och har läst patografierna enskilt. Meningsenheter har också plockats ut enskilt för att sedan jämföras och diskuteras. Resultat, metoddiskussion, resultatdiskussion och slutsats har skrivits och formulerats gemensamt. Eva har haft huvudansvaret för dokumentets layout och referenser medan Catharina har haft huvudansvaret för tabeller och figurer.

Referenslista

- Bendz, M. (2003). The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives. *Journal of Caring Sciencens*, 17(3), 215-222.
- Bengtsson, J. (2005). En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. I J. Bengtsson (Red.), *Med livsvärlden som grund – Bidrag till utvecklandet av en livvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning* (s. 9-58). Lund: Studentlitteratur.
- Burton, C.R. (2000). Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 201-209.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlborg- Lyckhage, E. (2006). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 17-26). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlborg- Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 139-147). Lund: Studentlitteratur.
- Dale-Stone, S. (2005). Reactions to invisible disability: The experiences of young women survivors of hemorrhagic stroke. *Disability and Rehabilitation*, 27(6), 293-304.
- Edner, M. (2012). *Är du full? Nej, jag har haft stroke: om vikten av fullgod rehabilitering*. Stockholm: Sivart.
- Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda – med stöd av handledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Engman, M., & Lundgren, S.M. (2009). What does rehabilitation and nursing care implies for patients with stroke? *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 29(3), 32-36.
- Fischer, M., Lees, K., & Spence, J. (2006). Nutrition and stroke prevention. *Stroke*, 36, 2430-2435.
- Fure, B., Wyller, T.B., Engedal, K., & Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in the acute ischemic stroke. *Geriatric Psychiatry*, 21(4), 382-387.

Graham, J., Pereira, S., & Teasell, R. (2011). Aphasia and return to work in younger stroke survivors. *Aphasiology*, 25(8), 952-960.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hallström, B., Jönsson, A., Nerbrand, C., Norrving, B., & Lindgren A. (2008). Stroke incidence Survival in the Beginning of the 21st Century in Southern Sweden. *Stroke*, 39(1), 10-15.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (129-137), Lund: Studentlitteratur.

Jonsson, H., Heuchemer, B., & Josephsson, S. (2008). Narrativ analys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 189-204). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

Kloska, S., Wintermark, M., Engelhorn, T., & Fieback, J. (2010). Acute Stroke Magnetic Resonance Imaging: Current Status and Future Perspective. *Neuroradiology*, 52(3), 189-201.

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

Lawrence, M. (2010). Young adults' experience of stroke: a qualitative review of the literature. *British Journal of Nursing*, 19(4), 241-248.

Libris (2014). *Om Libris*. Kungliga biblioteket
http://librishelp.libris.kb.se/help/about_libris_swe.jsp?redirected=true&pref_is_set=false&textsize=&contrast=&language=se
hämtad: 2014-04-16

Lindström, B., Röding J., & Sundelin G. (2009). Positive attitudes and preserved high level of motor performance are important factors for return to work in younger persons after stroke: a national survey. *Journal of Rehabilitation of Medicine*, 41(9), 714-718.

Murray, C.D., & Harrison, B. (2004). The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disability & Rehabilitation*, 26(13), 808-816.

Mätzsch, T. (2010). Stroke och halskärlssjukdomar. I B. Jeppsson, P. Naredi, J. Nordenström & B. Risberg (Red.), *Kirurgi* (s. 709-721). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Olsson, M. (2008). *Vändtänd*. iVisby.

Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 73-84). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Reino, A., & von Post, I. (2007). Patient experiences of caring in a combined acute and rehabilitation stroke unit. *Nordic Journal of Research and Clinical Studies*, 27(3), 49-52

Riks-Stroke (2012). *Årsrapport – Rapport från Riks-Stroke 2012*. The Swedish Stroke Register.
http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2014/02/Riks-Strokes_Arsrapport-2012.pdf
hämtad: 2014-05-14.

Röding, J., Glader, E-L., Malm, J Eriksson, M., & Lindström, B. (2003). Frustrated and invisible – young stroke patient's experiences of the rehabilitation process. *Disability & Rehabilitation*, 25(15), 867-874.

Röding, J., Öhman, A., Malm, J., & Lindström B. (2007). Frustrerad – En beskrivning av yngre strokepatienters upplevelser och behov. *Socialmedicinsk tidskrift*, 6(86), 496-503.

Segesten, K. (2006). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-44). Lund: Studentlitteratur.

SFS2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

Snögren, M., & Sunnerhagen, K.S. (2009). Description of functional disability among younger stroke patients: exploration of activity and participation and environmental factors. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2), 124-131.

Socialstyrelsen (2013). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013*. Folkhälsomyndigheten
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19032/2013-3-26.pdf>
hämtad: 2014-03-04

Steiner, V., Pierce, L., Drahuschak, S., Nofziger, E., Buchman, D., & Szirony, T. (2008). Emotional supports, physical help and health of caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(1), 48-54.

Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2006). Lifeworld-led healthcare: Revisiting a humanizing philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, healthcare and philosophy*, 10(1), 53-63.

Trollsten, I. (2010). *Mitt andra liv: en berättelse om att drabbas av stroke*. Stockholm: Forum.

Bilaga 1. Exempel på innehållsanalys

Meningsenheter	Kodensering	Kod	Underkategori	Kategori
Det är som att leva i en glasburk; jag har mina tankar, jag vet precis vad jag hade sagt i olika situationer, men orden kommer inte ut. Jag är fånge i mig själv. Orden är som inlåsta i ett kassaskåp, och nyckeln har jag tappat.	Det är som att leva i en glasburk. Jag har mina tankar men orden kommer inte ut. Jag är fånge i mig själv.	Fånge i mig själv.	En kropp som inte lyder	Fånge i sin egen kropp
Jag befann mig i skuggornas dal, ett mycket obehagligt tillstånd, som jag förstod konsekvenserna av långt senare när jag började hitta hem igen.	Jag befann mig i skuggornas dal och jag förstod inte konsekvenserna innan jag började hitta hem.	En skugga av sitt forna jag.	Förlora sig själv	
Ska jag bli bättre? Ska jag lära mig att gå igen? Vad ska de göra med mig?	Ska jag bli bättre? Vad ska de göra med mig?	Frågor inför framtiden.	Känslan av hopplöshet	En pendling mellan hopp och förtvivlan
Inriktningen från mina vårdare som tycktes vara att jag skulle acceptera min sjukdom och inrikta mig på sjukpension snarare än att kämpa för att bli helt återställd passade mig verkligen inte. Jag ville till varje pris bli frisk.	Vårdarna verkade inte tycka att jag skulle kämpa för att bli återställd. Men jag ville bli frisk till varje pris!	Vill bli frisk, oavsett vad vårdarna säger.	Viljan att komma tillbaka	
Uppdraget var nästan slutfört den där måndagen i augusti när Elisabeth gick hem till mig och ingen öppnade när hon ringde på dörrklockan. Det var samma dag som mitt första liv tog slut och mitt andra liv började.	Mitt första liv tog slut och mitt andra liv började.	Mitt andra liv började.	Bli en ny person	Det nya livet
Men jag har lärt att se på livet med andra ögon. Det finns mycket att njuta av om vi bara ger oss tid.	Har lärt mig att se på livet med andra ögon. Det finns mycket att njuta av.	Ser på livet med andra ögon.	Acceptera sitt nya jag	