



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# LIVET I GRÅ TONER

en litteraturöversikt över psykosocialt  
välbefinnande efter stroke i medelåldern

*Viktorija Rusova & Guzal Nalibaeva*

---

Uppsats/Examensarbete: 15 hp  
Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet  
Nivå: Grundnivå  
Termin/år: Ht/2017  
Handledare: Sofie Jakobsson & Sandra Skogby  
Examinator: Patricia Olaya-Contreras

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill tacka bägge våra handledare, Sofie Jakobsson och Sandra Skogby, så mycket för konstruktivt gemensamt arbete som hjälpte oss att genomföra den här litteraturstudien.

Titel (svensk)	Livet i grå toner en litteraturöversikt över psykosocialt välbefinnande efter stroke i medelåldern
Titel (engelsk)	Life in the shadows of grey. A review about psychosocial wellbeing after stroke in middle age
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2017
Författare	Viktorija Rusova & Guzal Nalibaeva
Handledare:	Sofie Jakobsson & Sandra Skogby
Examinator:	Patricia Olaya-Contreras

---

## Sammanfattning:

Stroke ligger på tredje plats vad gäller dödsorsaker i Sverige. Patienter med stroke är en stor grupp inom vården, där sjuksköterskor har en central roll i deras omvårdnad. Patienter som drabbas av stroke i medelålder upplever långsiktiga psykosociala konsekvenser av stroke som påverkar återhämtningsresultatet och bidrar till minskat välbefinnande och försämrad livskvalitet. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patientens upplevelse av psykosocialt välbefinnande efter stroke i medelåldern. Denna litteraturstudie inkluderar 13 vetenskapliga artiklar med kvalitativ design. Resultatet presenteras i fyra kategorier: emotionella problem, ny syn på livet, ny verklighet och social omvärld. Resultatet visar att konsekvenserna av stroke inte kan begränsas bara till funktionella och kognitiva nedsättningar. Patienter som drabbas av stroke i medelåldern upplever långsiktiga psykosociala konsekvenser som bidrar till djupa förändringar i alla delar av patienternas liv. Psykosocialt välbefinnande är förknippat med fysiskt tillstånd och kan påverka återhämtningsresultatet. Långsiktiga psykosociala problem påverkar återhämtningsresultatet negativt och leder till minskat välbefinnande och upplevelse av livet i grå toner efter stroke. Slutsatsen är att stroke orsakar långsiktigt djupt lidande hos patienten.

Nyckelord: patient, sjuksköterska, stroke, psykosocialt välbefinnande, upplevelser, lidande

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>2</b>
Stroke .....	2
Epidemiologi .....	2
Behandling och rehabilitering .....	2
Sjuksköterskans roll .....	3
Stroke konsekvenser .....	3
Psykosocialt välbefinnande .....	4
Lidande .....	5
<b>Problemformulering</b> .....	<b>6</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>6</b>
<b>Metod</b> .....	<b>7</b>
Datainsamling .....	7
Databaser .....	7
Sökord .....	7
Inklusionskriterier och Exklusionskriterier .....	8
Kvalitetsgranskning .....	8
Dataanalys .....	8
Etiska överväganden .....	8
<b>Resultat</b> .....	<b>9</b>
Emotionell instabilitet .....	9
Ny syn på livet .....	10
Ny verklighet .....	11
Social omvärld .....	13
<b>Diskussion</b> .....	<b>14</b>
Metoddiskussion .....	14
Etiskt resonemang .....	15
Resultatdiskussion .....	16
Lindra lidande .....	16
Hopp som motivation till kamp .....	17
Social omgivning och familjen som resurs .....	19
Kliniska implikationer .....	20
Fortsatt forskning .....	21
Slutsats .....	21

<b>Referenslista .....</b>	<b>23</b>
<b>Bilaga 1-AkutTest</b>	
<b>Bilaga 2-Söktabell</b>	
<b>Bilaga 3-Artikelsöversikt tabell</b>	
<b>Bilaga 4-SBU- granskningsmall</b>	

## Inledning

WHO beskriver stroke som den mest vanliga dödsorsaken och den tredje vanligaste orsaken till funktionshinder över hela världen. I Sverige ligger stroke på tredje plats när det gäller dödsorsaker (Jönsson, 2012). Cirka 25 000 personer insjuknar i stroke varje år för första gången i Sverige, där en femtedel är under 65 år (Jönsson, 2012). Människor som lider av stroke är en enorm patientgrupp inom vården, där sjuksköterskan spelar en viktig roll i deras omvårdnad var i vårdkedja de än befinner sig. Under vår verksamhetsförlagda utbildning visade sig det att patienter i medelåldern efter oväntat insjuknande av stroke befinner oftast sig i chock. Den plötslig övergång från relativt frisk till svårt sjuk upplevs som en dramatisk livsförändrande händelse, för de personerna brukade vara förhållandevis friska, hade ett aktivt socialt liv och hade mycket ansvar i sitt vardagsliv. För att kunna stödja och vårda de patienterna i den katastrofala kris som de har hamnat i måste sjuksköterskan ha kunskap om deras upplevelser efter stroke utifrån helhetsperspektiv.

# Bakgrund

## Stroke

Stroke är en cerebrovaskulär sjukdom som drabbar hjärnans kärl. Stroke medför plötsligt lokalt eller globalt neurologiskt bortfall vilket orsakas av cirkulationsstörning i hjärnans blodkärl, vilket i sin tur leder till symtom som kvarstår mer än tjugofyra timmar eller till döden. Det finns olika typer av stroke: a) Cerebral infarkt (85% av fallen) som leder till ischemi i hjärnans område, och b) Hemorragisk infarkt (15%), i den infarcerade regionen i hjärnan uppstår en blödning (Lindgren, 2012, a).

Riskfaktorer för stroke är varierande. Det kan vara livsstilsfaktorer: rökning, alkohol, ohälsosamma kostvanor, fysisk inaktivitet och fetma. Det kan vara medicinska riskfaktorer: hypertoni, diabetes typ 2, hyperlipidemi, förmaksflimmer samt ateroskleros (Wester, 2012). Dessutom kan det vara icke påverkbara riskfaktorer, som ålder, kön och ärftlighet (Appelros, 2012).

Typiska symtom för stroke kan vara plötsliga och varierande, beroende på vilken region i hjärnan som drabbas. Det kan vara domningskänslor i ansikte, ben eller arm i ena sidan av kroppen, förlust av talförmågan, dimsyn eller synförlust, oförklarlig yrsel, sväljsvårigheter samt kraftig huvudvärk. Utöver de vanliga symtomen kan blödning i hjärnan ge mer specifika symtom som plötslig kraftig huvudvärk eller nackvärk, medvetandesänkning, illamående/kräkning och nackstyvhet (Lindgren, 2012 b).

## Epidemiologi

WHO beskriver stroke som den mest vanliga dödsorsaken och den tredje vanligaste orsaken till funktionshinder över hela världen. I Sverige ligger stroke på tredje plats när det gäller dödsorsaker (Jönsson, 2012). Cirka 25 000 personer insjuknar i stroke varje år för första gången i Sverige, där en femtedel är under 65 år (Jönsson, 2012). Under de sista fyra decennierna har strokeincidenter mer än fördubblats i låg- och medelinkomstländerna och minskat med 42 procent i höginkomstländerna. Genomsnitt strokeinsjuknande förekommer 15 år tidigare i de låg- och medelinkomstländerna jämfört med höginkomstländerna. Det kan vara relaterat till bättre kontroll av blodtryck och reducerade rökningssvanor hos befolkningen i höginkomstländerna (Johnson, Onuma, Owolabi & Sachdev, 2016). WHO (2004) påpekar att det absoluta antalet strokeinsjuknande fortsätter att öka i de höginkomstländerna på grund av stigande livslängd i befolkningen. WHO prognoserar att antalet insjuknade med stroke kan stiga till 61 miljoner globalt år 2020.

## Behandling och rehabilitering

Stroke är ett akut tillstånd liksom akut hjärtinfarkt och det är viktigt att patienter kommer till sjukhuset omedelbart. År 2011 introducerades AkutTest (se Bilaga 1) för att allmänheten och sjukvårdspersonalen ska kunna identifiera strokesymtom och påkalla ambulans snabbt. Ambulanspersonalen använder "Rädda hjärnan larm" för att ringa till trombolysjouren på närmaste sjukhus, därefter en trombolysbehandling kan påbörjas omedelbart för de patienterna. Behandling inom 4,5 timmar efter insjuknande minskar risk för funktionsnedsättning och död. Under sjukhusvistelsen står fokus på att stabilisera patienten, försäkra akut strokebehandling samt initiera profylaktiska och förebyggande åtgärder (Ericson & Ericson, 2012).

Enligt "Nationella riktlinjer för vård vid stroke" (Socialstyrelsen, 2017) bör patienten erbjudas vård som beskrivs ovan och vårdpersonalen bör erbjuda stöd till personer med emotionella och psykiska reaktioner efter stroke. Rehabiliteringen skall utformas på olika sätt beroende av patientens behov och önskemål. Hälso-sjukvården bör erbjuda en strukturerad uppföljning av förändrade symtom såsom neurologiska symtom, depression, trötthetssyndrom, ångest, emotionalism och förändringar i livssituationen, funktions- och aktivitetsförmåga. Därmed ska uppföljning av patientens och närståendes nöjdhet med befintlig vård och rehabilitering genomföras. Efter utskrivningen från sjukhuset erbjuds patienter rehabilitering på särskilda rehabiliteringsenheter. Meningen med dessa tjänster är att stödja patienten under övergång till hemmet och skapa den bästa förutsättningen för individen att återfå förlorade funktioner. För patienter med mildare stroke kan det övervägas att rehabiliteras i hemmet efter den akuta stroke fasen och det kan ge liknande resultat som på en rehabiliteringsenhet (Winstein et al., 2016). Rehabiliterande åtgärder kan startas men prioriteras inte i första hand under den akuta sjukhusvistelsen. Evidensen tyder på att det finns fördelar med att starta rehabiliteringen så snart patienten kan acceptera detta (Winstein et al., 2016). Efter det att akut och aktivt rehabiliteringsarbete har börjat genomföras förbättras patienterna spontant, redan under de första månaderna eller det kan pågå i flera år. För att rehabiliteringen ska ge stor effekt måste hjärnan utsättas för varierat impulsflöde dvs. inte bara fysisk träning utan gruppövningar, sociala kontakter, kulturella aktiviteter, personlig motivation och miljö, detta är avgörande för framgångsrik rehabilitering. Det är också viktigt för patientens psykologiska anpassning eftersom det ökar förmågan att klara den nya situationen genom att få positiva attityder, empati, uppmuntran, information, realistiska mål, "coping" mot nya livsmål (Ericson & Ericson, 2012).

## **Sjuksköterskans roll**

En stroke-enhet består av ett multiprofessionellt team: läkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och vid behov logoped, dietist, neuropsykolog och kurator. Sjuksköterskan har en central roll i rehabiliteringen av strokepatienter och har kunskapen för att bedöma och bemöta patientens psykosociala behov, stödja, uppmuntra och vägleda för att förstärka patientens hanteringsförmåga av de komplexa livsförändringarna som en stroke kan innebära (Kirkevold, Bronken, Martinsen & Kvigne, 2012).

Sjuksköterskans huvudansvar är att förebygga sjukdom, återställa och främja hälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan ger vård till allmänheten, familjer och enskilda personer samt samarbetar med andra yrkesgrupper (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Sjuksköterskans fokus i omvårdnaden vid stroke är att hjälpa patienten planera och genomföra aktiviteter i det dagliga livet. Effekten av omvårdnaden beror på hur sjuksköterskan samverkar med andra i det multidisciplinära teamet. Det är sjuksköterskans ansvar att upprätthålla en vårdplan, där teamet ingår och ger stöd, information, uppmuntran, bemötande i kris via samtal med patienten och närstående. Dessutom är sjuksköterskan involverad i rehabiliteringsarbetet i olika delar av vårdkedjan: slutenvård, rehabiliteringsklinik, kommun och primärvård (Jönsson, 2016).

## **Stroke konsekvenser**

Pessah-Rasmussen (2012) beskriver att symtom som uppstår akut vid stroke kan vara kvarvarande och det kan uppstå olika förändringar, störningar och komplikationer. Grov- och finmotorik, balans och sväljförmåga är exempel på kroppsliga funktioner som försämras vid stroke vilket påverkar allmän daglig livsföring (ADL) kraftigt. Det gör att de patienterna blir



beroende av minst en person för att klara sin ADL vilket kräver en del insatser från anhöriga och samhället. Stroke kan leda också till beteendeförändring som drabbar personligheten med förändrade beteenden, vanor och känslouttryck. Därtill kan emotionella störningar förekomma såsom kris, depression, oro och ångest. De flesta patienterna brukar få en emotionell reaktion på sitt strokeinsjuknande vilket är normalt. Dock om de psykiska reaktionerna inte följs upp kan det utvecklas komplikationer. Trötthet (fatigue) kan också uppstå i interaktion med depression och oro. Det kallas också hjärntrötthetssyndrom/mental trötthet vilket är mycket vanligt i alla skeden av strokeförloppet. Mental trötthet är oftast ”osynligt” för att det inte finns någon behandling ännu. Samlat påverkar alla dessa komplikationer aktiviteter såsom ADL, kommunikation, arbete, bilkörning, samt sex och samlevnad negativt.

Psykosociala konsekvenser av stroke kan vara komplexa och omfattande. Studier har visat att psykosociala följder av stroke har väsentliga och långvariga effekter på humör, identitet, sociala relationer, återkommande till arbete och deltagandet i värdefulla aktiviteter (Knapp, Young, House & Forster, 2000). Psykosociala stroke effekter kan påtagligt påverka långsiktig funktion och livskvalitet. Rehabiliteringen kan påverkas då studier har visat att oroade och deprimerade patienter som insjuknat i stroke visar sämre resultat av rehabiliteringsprogram och har högre risk att dö än patienter utan sådana symtom (Kirkevold et al. 2012).

Vad som orsakar och påverkar psykosociala problem är tvetydig. I litteraturen diskuteras två huvudteorier om uppkomst av post stroke depression och ångest. Den första föreslår att depression och ångest är omedelbara effekter av biologiska mekanismer som innebär att ischemiska hjärnskador förstör nervsystemet som reglerar humör. Denna teori grundar sig i att lokalisering och utsträckning av ischemisk hjärnskada är förknippad med depression. Den andra teorin urskiljer psykosociala mekanismer som orsak av post stroke depression. Med detta menas att depression och ångest efter stroke är reaktioner på överväldigande stress, känslomässig överbelastning och oförmåga att hantera de stora förlusterna som följer efter stroke (Kirkevold et al., 2012).

## **Psykosocialt välbefinnande**

Välbefinnande innefattas av behagliga kroppsliga känslor, behagligt humör och emotioner, t.ex. att känna sig bra och stark (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Enligt WHO (2014), definieras välbefinnande som positiv mental hälsa där varje individ kan klara olika utmaningar i livet, inser sina egna möjligheter och har fruktbart arbetsliv i samhället. Schultze-Lutter, Schimmelmann, & Schmidt (2016) definierar välbefinnande som en balanspunkt mellan personens resurser och livets utmaningar. De utmaningarna kan vara fysisk hälsa, mental hälsa (självkänsla, självförtroende), kognitiv stabilitet (intellektuell nivå), socialt liv (familj, kommunikationsförmågor, tillgänglighet till emotionellt och praktiskt stöd) och ekonomisk stabilitet.

I medicinsk terminologi definieras psykosocial (lat. psyche - själ, socius - kamrat) som ömsesidigt samspel mellan omgivningen som innefattar samhälle, arbetskamrater, familj och personens psykiska tillstånd (Lindskog, 2014). Psykosocial betyder interaktion mellan psyke och social omvärld. Det finns inga bestämda gränser mellan vad som är socialt och psykiskt därför lever vi “psykosocialt”, för i interaktioner mellan människor skapas deras synsätt, normer, värderingar med mera (Psykologiguiden, 2017). Personlig utveckling och psykisk hälsa är starkt bunden till sociala faktorer som sociala nätverk, familjeliv, fritidssysselsättningar, arbetets betydelse, styrning över den egna arbetsinsatsen, ansvar osv. Människan påverkas

psykiskt av sin sociala situation, t. ex. leder produktion av stresshormoner till förhöjt blodtryck som leder till hjärt-kärlsjukdomar (Psykologiguiden, 2017).

Psykosocialt välbefinnande omfattar samspel mellan subjektiva och interaktiva och sociala aspekter av hälsan. Psykosocialt välbefinnande betyder att personens medvetna kognitiva och känslomässiga upplevelser är i högre grad positiva än negativa. Ur detta perspektiv har psykosocialt välbefinnande följande dimensioner (Kirkevold et al., 2012):

- en grundläggande stämning av glädje;
- deltagandet och engagemang i meningsfulla aktiviteter;
- självkoncept som innebär självacceptans, känslan av att vara till nytta och tilltroende till den egna förmågan;
- goda sociala relationer och känslan av att vara kär, älskad och ömsesidigt accepterad.

Psykosocialt välbefinnande är en konsekvens av individuella upplevelser, processer och värderingar såväl som externa resurser och faktorer såsom sociala relationer och stöd (Kirkevold et al., 2012). Psykosocialt välbefinnande är en del av psykologiska dimensioner, där viktiga aspekter ingår såsom känslor, självförtroende och medvetenhet om sitt eget värde (Schultze-Lutter et al., 2016). Interaktioner mellan olika aspekter i människors liv avgör dess psykosociala välbefinnande. De aspekterna är att ha ett målinriktat liv med dröm om framtiden och att ha positiva relationer med familj, vänner och existentiella förhållanden som ger känslor av glädje, respekt och mening av livet. Här betonas också andra aspekter såsom att ha självförtroende, en konstruktiv livsstil och att vara medveten om egna styrkor för att hantera utmaningar (Van Schalkwyk & Wissing, 2010).

## Lidande

Lidande som fenomen kan betraktas med hjälp av olika teorier. Ordet patient har latinskt ursprung *patiens* som betyder lidande (Eriksson, 2015). Enligt Eriksons teori kan lidande betraktas som "döende" i konkret eller symbolisk mening. Med detta menas att varje lidande orsakar förlust på ett eller annat sätt. I lidandet äger rum både sorg och sörjandet, hopplöshet och ensamhet. Det finns ingen mening i lidandet, men lidandet kan tolkas som motiv till personlig utveckling. Det betyder att lidandet har både positivt och negativ utsträckning och det är del av människans verklighet. Lidandet är en kamp mellan det onda och det goda. Det är ett personligt val att kämpa eller ge upp.

Lidande människor saknar oftast kapacitet att förmedla sitt lidande till en annan person. Så länge det finns rörelse i lidandet finns det hopp. Lidandet är subjektivt och relaterat till personens bakgrund och sociala sammanhang. Lidande är alltid unikt och oftast är det svårt att uttrycka eller beskriva lidandets upplevelse. Uthärdligt lidandet kan ge en mening till hälsan. Detta kan tolkas som att uthärdligt lidandet ger människan uppfattning om sina möjligheter och inre resurser. Lidandet kan vara outhärdlig och förenad med ohälsa. Det kan urskiljas olika typ av lidandet i teorin: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Med livslidandet menas att lidandet är en del av livet och kan vara relaterat till olika händelser i personens liv. Sjukdomslidande är orsakad av sjukdom eller behandling. Med vårdlidande menas att ett lidande som är förorsakad av vård eller utebliven vård (Eriksson, 2015). Dahl (2002) påpekar att vårdlidandet betyder att patientens lidande inte uppmärksammas och på detta sätt kränks patientens värdighet. Det leder till en känsla av maktlöshet. Därtill är vården för mycket inriktad på att följa vissa rutiner och ger för lite hänsyn till patientens individuella behov. Dessutom hittar patienter inte alltid ett uttryck till vårdlidandet, det kan framkomma i

subjektiva vård upplevelser. Vårdlidandet kan vara orsakad av vårdmiljön, vårdrelation och bemötande.

I teorin av Morse beskriven och tolkad av Foss & Nåden (2009) startar lidandeprocessen med ett emotionellt undertryck av känslor. Med detta menas att människor gör det som måste göras för att behålla kontrollen och inte demoraliseras. Det betraktas som ett naturligt och nödvändigt beteende vilket bidrar till att personen kan fungera i vardagen. I teorin kallas det för “varaktigt tillstånd” och kräver extraordinära energireserver. Morse urskiljer två former av uthärdande som är relaterad till kraftig smärtupplevelse:

- “Uthärdande för att överleva” innebär ett allvarligt fysiologiskt hot mot personens integritet. Detta är förknippat med upplevelsen av kraftig smärta. Genom att fokusera på fysiologisk smärtan, stund för stund uthärdas detta och kontrolleras ångest.
- “Uthärda för att dö” är bunden till den psykiska svåra situationen och prioriterar det som är viktigt i det liv som finns kvar för att spara energi och bibehålla kontrollen.

Dessa två former kan antagligen ha en existentiell karaktär med konkret relation till klinisk praktik.

Nästa steg är när en lidande person övergår från undertryck av känslor till emotionella frisättningen vilken kan uttryckas i gråt och självömkan. Med detta menas att lidande människor är emotionellt kapabla att acceptera deras förlust och personen är redo att uthärda lidande. Centralt i Morses teori är “omformulerade jag” som innebär att se på livet utifrån ett nytt perspektiv, utföra omvärderingar och omprioriteringar. Genom det nya perspektivet kan personerna sätta nya mål, komma till insikt om att framtiden kommer se annorlunda ut samt acceptera sin förlust. Under denna fas är det naturligt att hitta en mening i en dramatisk händelse. Om meningen i lidandet förnekas då förnekas en del av personens liv och människan tappar en möjlighet att vara en hel person. Förbindelsen mellan uthärdandet och emotionellt lidande är inte linjär, snarare är det en rörelse fram och tillbaka (Foss & Nåden, 2009).

## Problemformulering

Sjuksköterskans kunskap om psykosociala konsekvenser och patientens psykosociala behov efter stroke är avgörande för ömsesidiga omvårdnadsinsatser. Medvetandet om känslomässiga reaktioner efter stroke kan underlätta för sjuksköterskan att lindra lidandet. Avsaknad av fokus på patientens psykosociala välbefinnande kan leda till post stroke depression. Det kan hindra rehabiliteringsprogrammets resultat, negativt påverka det fysiska tillståndet och bidra till ett större lidande hos patienten. Stroke i medelåldern kan ge specifika konsekvenser på patientens liv. Medelåldern i det moderna samhället innebär ofta att människor lever ett aktivt och oberoende liv: jobbar, kan ha ansvar för barn eller äldre föräldrar. En fördjupad förståelse hos sjuksköterskan kring patientens upplevelser och psykosociala behov efter stroke kan stärka vårdrelationen och skapa bättre förutsättningar för att tillgodose patientens psykosociala behov och främja det psykosociala välbefinnandet.

## Syfte

Att beskriva patienters upplevelser av psykosocialt välbefinnande hos medelålders patienter efter stroke.

## Metod

Studien genomfördes som en litteraturöversikt. Litteraturen som användes var vetenskapliga studier som utfördes enligt en kvalitativ forskningsansats. Enligt Friberg (2012), innebär litteraturöversikt att ta reda på förekommande forskning för att få en överblick om vad som studerats inom ett visst omvårdnadsrelaterade område vilket baseras på sjuksköterskans kompetensområde (Friberg, 2012).

## Datainsamling

Det är betydelsefullt att genomföra två litteratursökningar, en inledande och en egentlig för att ytterligare förstärka innehållsvaliditet och bekräftelsebarhet i det litteraturbaserade examensarbetet (Wallengren & Henricson, 2012). I studien utfördes först en inledande litteratursökning för att skapa en överblick över det material som fanns i olika tidskrifter och databaser och den egentliga litteratursökningen presenteras här.

## Databaser

De vetenskapliga studierna söktes i databaser såsom Cinahl, PubMed, PsycINFO och Scopus. Östlundh (2012) menar att typ av databas som väljs vid sökningen beror på ämnesområde Cinahl och Pubmed är medicinska databaser som innehåller referenser, framför allt tidskriftsartiklar inom t.ex. omvårdnad och medicin. PubMed är en större databas jämfört med Cinahl, men ändå är det möjligt hitta tidskriftsartiklar i Cinahl som inte finns i PubMed (Karolinska Institutet Universitetsbibliotek, 2017). PsycINFO är en internationell databas som är berikad med litteratur inom rad disciplin vilket baseras på bland annat psykologi, medicin och omvårdnad (Göteborgs Universitetsbibliotek, 2013, a). Scopus är en multidisciplinär databas som också omfattar vetenskaplig, medicinsk och humanistisk litteratur (Göteborgs Universitetsbibliotek, 2013, b). I alla databaser ingår peer-reviewed tidskriftsartiklar.

## Sökord

Sökningen genomfördes med många olika relevanta sökord som valdes utifrån studiens syften (se Bilaga 2. Söktabell). Kombinationen av *psychosocial well-being OR quality of life AND stroke AND experience eller strok\* AND emotions OR "quality of life after stroke"* gav många relevanta träffar i Cinahl. *Quality of life, stroke* och *emotions* fanns som söktermer i Cinahl Headings. Sökordet *Consequence* användes också. Willman et al. (2011) råder att använda citationstecken om det ingår flera ord i en sökterm och att ordföljden som används inte förändras. Östlundh (2012) beskriver att trunkering utförs för att hitta olika ändelser eller varianter av ett ord. Enligt boolesk sökteknik lades operatoren *AND* till mellan söktermer för att hitta dokument som handlar om bägge, t.ex. *stroke* och *emotions*. Den andra operatoren *OR* användes för att bredda sökningen och hitta dokument där något av sökorden ingår.

I PubMed användes söktermer som *psychosocial well-being OR quality of life AND stroke AND experience*. Engelska söktermer *quality of life AND stroke AND experience* och andra söktermer som användes *life change event, emotions, adaptation* hittades i Svensk MeSH. I PsycINFO söktes artiklar med samma sökord som i PubMed och många av de sökorden fanns inte i Thesaurus men det gav ändå många relevanta träffar. Söktermer *stroke AND psychosocial AND experience* användes i Scopus.

## **Inklusionskriterier och Exklusionskriterier**

Östlundh (2012) rekommenderar att vid sökning med för många träffar specificera sökningen ytterligare. I de olika databaserna finns det olika funktioner att använda för att avgränsa sin sökning. I de flesta databaser avgränsades träffarna till år 2000–2017, med syfte att få så aktuella kvalitativa och internationella studier som möjligt. Det gjordes språkavgränsningar till engelskan och även med Humans för att få tidskriftsartiklar som baserades på människor och inte på djur, läkemedelspreparat eller någon annan metod. Dessutom avgränsades deltagarnas ålder för att matcha studiens syfte, t.ex. middle aged: 45–64 years. I Cinahl och PsycINFO användes också avgränsningen peer-reviewed för att kunna sortera ut de artiklar som publicerades i vetenskapliga tidskrifter. Artiklar som valdes i de andra databaserna utan den funktionen, kontrollerades peer-reviewed genom sökning av de artiklarna i Cinahl. Ytterligare information om litteratursökningen finns i Bilaga 2.

I det första urvalet bestämdes om artiklarnas titel var relevanta för ämnet och problemområdet. Sen lästes artikeln abstrakt och om den var relevant lästes hela artikeln. Sverige är gränsen för medelåldern 65 år, med andra ord till den allmänna pensionsåldern (Nygren & Lundman, 2012). I denna litteraturstudie valdes medelålder mellan 45 - 65 år. Studierna som inkluderades i litteraturöversikten var gjord med fokus endast på patienter i åldrarna 45 – 64 år. Studierna skulle vara vetenskapliga, med kvalitativ design metod och svara på studiens syfte. Studier som bedömdes ha låg kvalitet eller var översiktsartiklar exkluderades. Andra exklusionskriterier var: fokus på fler sjukdomar än stroke, deltagare som hade någon ytterligare diagnos samt andras upplevelser än patienterna som hade stroke. Utöver dessa exkluderades artiklar vars syfte inte var lämpligt för att besvara detta studiens syfte, t.ex. att beskriva patientens upplevelse om sjuksköterskans omvårdnad efter stroke. Dessutom exkluderades studier med enbart kvantitativ forskning.

## **Kvalitetsgranskning**

Efter urvalet av texter genomfördes gemensam kvalitetsgranskning av alla utvalda artiklarna för att stärka trovärdigheten för examensarbetet. Vilken granskningsmall som är aktuell bestäms av studiens design (Wallengren & Henricson, 2012). Alla kvalitativa studier granskades med SBU- granskningsmall, där studierna kunde bedömas med hög, medelhög eller låg kvalitet. Alla studier som hade hög och medelhög kvalitet inkluderades. Totalt granskades 70 artiklar med inklusions- och exklusionskriterier och 27 kvalitetsgranskades, där enbart 13 artiklar inkluderades i studiens resultat.

## **Dataanalys**

Valda studier lästes flera gånger, samtidigt som de granskades och sammanfattades (se Bilaga3). Studiernas resultat som svarade på vårt syfte plockades ut och sammanfattades i ett stort textdokument. Därefter bearbetades och diskuterades texten utifrån identifierade likheter och skillnader. Utifrån detta skapades olika teman av texten som sorterades under en lämplig rubrik. De rubrikerna som hade vissa likheter sammanställdes under en relevant kategori och på så sätt strukturerades ett nytt resultat fram, vilket presenteras här (se Tabell 1). Citat från studiernas resultat plockades ut till vår studies resultat för att bekräfta, tydliggöra och öka trovärdigheten för resultatet. Dataanalysen genomfördes gemensamt av båda författarna och diskuterades flera gånger under hela processen. Dataanalysen analyserades och det utfördes en beskrivande sammanställning enligt Friberg (2012).

## Etiska överväganden

Det är viktigt att inkludera artiklar som noggrant presenterar sina etiska överväganden eller har tillstånd från en etisk kommitté för att öka det vetenskapliga värdet (Wallengren & Henricson, 2012). Forskningsetik är betydelsefull för att garantera att en studie respekterar människors rättigheter och integritet utifrån etiska principer. Dessutom grundas informerat samtyckesprocess på den etiska principen som handlar om att försvara deltagarnas självbestämmande och frihet (Kjellström, 2012). I samtliga artiklar redovisas etiska övervägande på olika sätt. Vissa artiklar hade blivit godkända av en etisk kommitté eller hade etiskt resonemang. Andra artiklar behandlade etiskt korrekta viktiga områden såsom val av deltagare, informerat samtyckesprocess, intervjufrågor, konfidentialitet och information som också krävs enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460).

## Resultat

I analysen av det psykosociala välbefinnandet framkom fyra kategorier som presenteras i Tabell 1. Den första kategorin beskriver deltagarnas upplevelser i den akuta fasen efter stroke under sjukhusvistelse och hur upplevelserna förändras med tiden. Den andra kategorin innehåller beskrivning på hur deltagarna anpassar sig till det nya livet efter stroke. Dessutom hur deltagarnas syn på framtiden efter stroke reformerades. Den tredje kategorin beskriver hur de komplexa konsekvenserna av stroke påverkade deltagarnas vardag, deltagarnas upplevelser av beroendeställning samt erfarenhet av samarbete med rehabiliterings- och vårdpersonal som en del av det nya livet. Den fjärde kategorin fokuserar på sociala interaktioner mellan familj och omgivning.

**Tabell 1. Översikt av det sociala välbefinnandet**

Kategorier	Innehåll
Emotionell instabilitet	Deltagarnas upplevelse i akut fas Emotionell förändring med tiden
Ny syn på livet	Anpassning, omvärdering, nya mål Syn på framtid
Nya verklighet	Att vara beroende Vårdpersonal som en del av nytt liv
Social omvärld	Familj, samhälle (vänner, främmande, kollegor)

### Emotionell instabilitet

Det beskrivs i studier hur deltagarna upplevde chock och ångest i den akuta fasen efter stroke (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Biong & Kim, 2011b & Croot, Ryan, Read, Campbell, O’Cathain & Venables, 2014). Känsloerna var sammanvävda med existentiella uttryck: Varför jag? och oro för framtiden (Yeung, Wong & Mok, 2011). Deltagare beskrev insjuknandet som kaos och upplevde maktlöshet på sjukhuset (Taule, Strand, Skouen & Råheim, 2015).

Med tiden beskrev upplevelser som kvarstod under en längre period. Olika känslor såsom ilska, irritation, intolerans, stress, sorg, missnöje, initiativ förlust, obeslutsamhet, ökad självkritik och minskad energi beskrevs av deltagarna. Några deltagare kunde inte känna igen sig, de upplevde förtvivlan och oro vilket var relaterad till en osäker vardag. (Kouwenhoven et al., 2011b & Taule et al., 2015 & Thompson et al., 2009 & Carlsson, Möller, Blomstrand, 2009). Samspel mellan olika element: fysiska, psykologiska, sociala och religiösa hade inverkan på emotionellt välbefinnande (Yeung et al., 2011). Kroppsliga förändringar och lidande efter stroke orsakade reformering av självuppfattning för vissa deltagare (Kouwenhoven, et al., 2011b; Taule et al., 2015; Thompson et al., 2009 & Carlsson, Möller, Blomstrand, 2009). Deltagare genomlevde komplexa emotionella förändringar efter stroke, en gemensam upplevelse var känslomässig kontrollförlust vilket var genererat till ”förlust av sig själv”. Emotionella bekymmer tolkades av deltagarna som en central aspekt i upplevelsen av funktionsnedsättning vilket var osynliga för andra människor efter en stroke (Murray et al., 2004 & Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal & Kim, 2011a).

Upplevelser efter stroke varierade mellan deltagarna. Flera deltagare som hade strokekonsekvenser och fick återhämtningsresultat beskrev att stroke hade en positiv inverkan på deras liv: de lärde sig att vara tacksamma för allt dem hade, ta hand om sin hälsa och umgås med nära och kära (Kouwenhoven et al., 2011b) Respondenterna beskrev samverkan av positiva känslor såsom: glädje, förtroende och iver (Carlsson et al., 2009).

## Ny syn på livet

Stroke som en allvarlig livshotande händelse ändrade deltagarnas liv och syn på framtiden. Respondenternas syn på framtiden varierade: några kämpade för att uppnå en fullständig återhämtning, några tyckte att de redan uppnått maximal möjlig återhämtning efter stroke och satsade på anpassning till denna prestationsnivå (Carlsson et al., 2009).

Under återhämtningsprocessen, uppstod en känsla av hopp som den betydelsefulla drivkraften. Deltagarnas förhoppningar och förväntningar handlade om god hälsa och bra återhämtningsresultat uppgav stöd och styrka att leva med stroke (Wottrich et al., 2012 & Taule et al., 2015).

*My hope is to recover to my previous level, to be able to walk as well as before and to use the arm, to get as close as possible to where I was before, preferably all the way there. I'm not sure if it's going to be possible...*  
(Wottrich et al., 2012, s. 1220).

Gemensamt för alla deltagarna var upplevelsen av att ha ett allvarligt livshotande medicinskt tillstånd och leva med risken för återfall i stroke (Carlsson et al., 2009; Bendz, 2003; Wottrich et al., 2012 & Croot et al., 2014) Deltagarna var intresserad av att få veta exakt om vad som orsakar stroke (Bendz, 2003). Deltagarna identifierade livsstilsfaktorer såsom stressigt jobb, ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet vilka kunde öka risk för deras stroke. Respondenterna var motiverade att göra förändringar i livsstil och främja hälsa för att undvika stroke återfall (Carlsson et al., 2009).

Anpassning till fysiska begränsningar och resurser var ett sätt att leva efter stroke (Taule et al., 2015). Värderingar och målsättning var betydelsefulla i detta sammanhang. Deltagarna beskrev att förmåga att omvärdera och ombilda sina mål och hitta alternativa sätt att uppnå mål var

avgörande för anpassning till den nya livssituationen (Carlsson et al., 2009 & Kouwenhoven et al., 2011b).

Acceptans av de begränsningar som en stroke innebar var betydelsefull för hanteringsförmågan (Kouwenhoven et al., 2011b). Några deltagare tolkade sjukdomen fatalistiskt. Med detta menas att deltagarna gav upp inför ödet, att det redan var bestämt och att de själva inte hade skuld till sjukdomen. Tron på att något utanför dem själva exempelvis Gud underlättade hanteringen av lidandet och bidrog till emotionell stabilitet (Yeung et al., 2011 & Carlsson et al., 2009). De muslimska deltagarna uppfattade bön som ett sätt att acceptera sjukdom och död och de lag sitt liv i Allahs händer. Det hindrade inte dem från att aktivt försök återhämta sig utan snarare hjälpte till att lösa negativa känslor (Norris et al., 2012).

*Praying is the most important for me. Insyah Allah [by the grace of God] I'll be better, I pray to God that I will get better, that's why I feel happy. I hope that through prayer there is a change.* (Norris et al. 2012, s. 834).

Deltagare påpekade att personlighet hade inverkan på hantering av de begränsningarna efter stroke. Att vara en pessimistisk eller optimistisk person, medgörlig eller motsträvig var en utgångspunkt för utformning av egen hantering för den nya livssituationen (Carlsson et al., 2009). Några deltagare valde passiv kapitulerande position medan andra oavsett symtom visade en kämpaglöd och var gemensamt målfokuserad för att återhämta sig (Kouwenhoven et al., 2011b). Deltagarna påpekade att tillit till sina kunskaper och självuppfattning som kompetent person var viktiga aspekter för anpassning till livet efter stroke. Misslyckande i livshantering efter stroke medverkade till känslor av minskad värdighet. Deltagarna använde strategier för att öka självförtroendet och utvärderade situationer och aktivitets mening, undvek osäkra situationer och försökte främja hopp (Carlsson et al., 2009). Kontinuerlig daglig kamp för att uppnå en viss känsla av normalitet och behålla sin självkänsla var konsekvent rapporterad av deltagarna oberoende av ålder, kön och typ av funktionsnedsättning (Thompson et al., 2009).

Rehabiliterande aktiviteter med fokus på fysisk träning uppfattades som det enda sätt att återhämta sig oavsett vilken typ av konsekvenser som enstaka patienter hade. Med fysisk träning hoppades visa deltagare att återkomma till tidigare social position eller att hitta nytt utrymme i samhället (Bendz, 2003). Återhämningsförloppet var ofta långt ifrån deltagarnas förväntningar. Alla deltagare hoppades att långsiktig återhämtning leder tillbaka till livet innan stroke (Thompson et al., 2009).

Arton månader efter stroke började många deltagare ifrågasätta om de hade realistiska mål och förväntningar på återhämtning (Kouwenhoven et al., 2011b). Många upplevde besvikelse och förtvivlan i samband med återhämningsresultaten (Wottrich et al., 2012). Andra hade bara en vag uppfattning om deras förhoppningar var realistiska (Taule et al., 2015).

## **Ny verklighet**

Enligt resultaten konstateras att konsekvenser av stroke påverkade vardagslivet på olika sätt. Efter stroke upplevde deltagarna varierande komplexa situationer vilka inkluderade ett behov att hantera varierande fysiska och emotionella stroke följder till exempel brist på förmågan att delta i meningsfulla aktiviteter (Carlsson et al., 2009).

Några deltagare kände sig bättre efter utskrivningen (Yeung et al., 2011). Att vara hemma igen väckte blandade känslor, som t.ex. att sova i sin egen säng, närhet till nära och kära och friheten



att bestämma saker uppskattades. Efter ankomst hem rapporterade några deltagare minskad frekvens av fysisk träning, upplevelse av monotoni i vardag och osäkerhet relaterad till minskad tillgång till vårdpersonal. Dessutom beskrev deltagarna nya insikter om vad de kunde och inte kunde göra. De kände sig tvungna att anpassa sig till livsförhållanden med fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar. Det var svårt att anpassa sig till ett beroende av andra. Många önskade att de blev självständiga så snart som möjligt (Wottrich et al., 2012).

Maktlösheten var relaterad till att hemtjänsten var hemma och att vara i behov av tillsyn upplevdes som ett stort problem, där rörelsefriheten inhiberades. Nya strategier och tekniska hjälpmedel underlättade för deltagarna anpassning till den nya verkligheten. Det skapade en möjlighet att minska fysiska begränsningar vilket ökade självförtroendet och självständigheten samt avlastade deras anhöriga (Wottrich et al., 2012).

*... I've got an electric wheelchair so now I'm less dependent when I go out than I was before: it's a great help actually. It was a blessing when it came, because now for instance I can go to health centre over here and to the office by myself. I'm not so dependent on someone pushing me in my wheelchair (Wottrich et al., 2012, s.1222).*

Alla deltagare noterade att samspel med vårdprofessioner var avgörande för återhämtningsprocessen och anpassning till det nya livet. En specifik aspekt som kom upp var personalens förståelse och lyhörddhet. En del av deltagarna var nöjda och upplevde att vårdpersonalen visade förståelse för deras symtom, medan andra var missnöjda med detta (Danzl et al., 2013 & Gunnell et al., 2009).

*Well, they noticed my swallowing problems the third time I came to the hospital. But the other problems, my fatigue, anxiety and unease, and stress sensitivity. After three days I was discharged (Carlsson et al., 2009, s.778).*

Deltagarna kände att rehabiliteringspersonalens optimism var stundtals provocerande, vilket upplevdes som ett ohanterligt tryck dvs. de kände sig inte tillräckligt förstådda och att behandlingen inte styrdes av deras behov. Trots överenskommelse med rehabiliteringspersonalen om målsättning upplevde flera deltagare brist på självbestämmande, till exempel: körkortet ska återkallas. Detta ledde till att deltagarna kände sig hjälplösa eller osäkra om framtiden. Konsekvensen blev känslor såsom stor besvikelse.

*They just had a plan of returning me back to work. It was their goal. When they repeated that every time we met, then I started to cry I think, every time (Taule et al., 2015, s.657).*

Hälso- och sjukvårdspersonalen visade inte alltid intresse för deltagarnas sociala liv och inte alla deltagare hade kapacitet att förbättra sitt begränsade sociala liv på egen hand och konsekvensen blev att de blev allt mer isolerade (Taule et al., 2015).

Vissa deltagare upplevde poststroke fatigue och kände sig helt utmattade utan någon speciell anledning (Benz, 2003). Beskrivning av fatigue varierade i nyanser mellan deltagarna: från att vara ständigt trött eller sömning till att vara mindre vaken och brist på energi. Flera deltagare beskrev initiativ förlust och tveksamhet som ett problem vilket var relaterat till energiförlust

(Kouwenhoven et al., 2011a). Poststroke fatigue beskrevs som en väsentlig konsekvens av sjukdomen som deltagarna ständigt förhöll sig till och beskrev i relation till minskad autonomi och skuldkänslor (Thompson et al., 2009). Tröttheten hade negativ inverkan på olika aspekter av livet och ledde till försämrad livskvalitet: dem kunde inte planera dagen, delta i meningsfulla aktiviteter, blev mindre aktiva i familjelivet och sociala förhållandena. Fatigue var anledning till kraftig minskad sexlust. Många beskrev sitt liv som tråkigt och glädjelöst (Thompson et al., 2009; Bendz, 2003 & Kouwenhoven et al., 2011b).

*There is only one thing to do when you are tired in the head and this is to lie flat on your back.... the energy has never come back... (Bendz, 2003. s. 218).*

## **Social omvärld**

Flera deltagare beskrev att emotionellt stöd, lyhördhet och förståelse från familjemedlemmar hjälpte dem att återställa en emotionell balans efter stroke (Yeung et al., 2011; Kouwenhoven et al., 2011b & Danzl et al., 2013).

Livet efter stroke hade inverkan, inte bara på patienten utan också på familjeförhållande. Några deltagare berättade att befintliga förhållanden förstördes. Fysiska stroke konsekvenserna påverkade utformning och upprätthållande av romantiska och sexuella relationer. Fatigue var ofta en orsak till kraftig minskad sexlust vilket ledde till förändring i förhållandet med partner (Thompson et al., 2009; Bendz, 2003 & Kouwenhoven, et al., 2011b). Känslor som frustration och aggression efter stroke hade inverkan på familjerelationer (Murray et al., 2004). Flera deltagare beskrev att dramatiska förändringar av familje- och sexlivet efter stroke bidrog till rollförändring från partnerskap till patient och vårdare, bästa vänner eller barn och föräldrar. Vissa deltagare upplevde skuldkänslor i detta sammanhangen och uppfattade sig som belastning till sin familj (Thompson et al., 2009; Yeung et al., 2011; Wottrich et al., 2012; Norris et al., 2012 & Pringle et al., 2013).

*I feel guilty because I'm not there as a partner that I was before stroke (Thompson et al., 2009, s. 1807).*

Deltagarna framhöll förlust av sina traditionella manliga och kvinnliga roller, där männen brukar ta hand om bilen och hushållsekonomin och kvinnorna hushållssysslorna. Arbetsförlust efter stroke var inte bara en personlig förlust utan ses också som ett hot mot familjen. För deltagarna var hotet inte bara genom den nuvarande finansiella osäkerheten, utan också för andra familjeuppdrag, såsom att utbilda sina barn (Norris et al., 2012). Många deltagare kände att de hade tappat kontrollen över sina liv. Vilket var en utmaning för deras självförtroende och identitet (Thompson et al., 2009; Norris et al., 2012 & Pringle et al., 2013)

*All [activities] are with help, all. If I want to go to the toilet, with help...I can't, walking...I feel bad, my heart is broken (Norris et al., 2012, s.830).*

Dessutom upplevde deltagarna oförmåga att diskutera sina svårigheter med familjen. Anledningen till detta var ett försök att skydda familjemedlemmar från stroke konsekvenserna. I vissa fall berättade deltagaren om sina svårigheter för vänner, i andra fall försökte de dölja dem (Gunnel et al., 2009). Vissa deltagare upplevde oförmåga att förmedla mindre synliga emotionella problem av stroke till sin partner. Denna svaghet ledde till de upplevde brist på

förståelse och emotionellt avstånd mellan de personer som drabbas av stroke och deras familjemedlemmar (Gunnel et al., 2009 & Thompson et al., 2009).

Flera deltagare försökte att skydda sig från världen runt omkring och undvika sociala aktiviteter. Det fanns olika anledningar till detta till exempel: förändringar i deras utseende efter stroke (Yeung et al., 2011), rädsla att vara missförstådd eller inte kunna svara på frågor (Thompson et al., 2009 & Kouwenhoven et al., 2011a). Några deltagare upplevde förändringar i sin intensitet och gjorde omprioriteringar i sina sociala relationer (Carlsson et al., 2009). Tröttheten ledde till oförmåga att planera dagen, delta i meningsfulla aktiviteter, minskad aktivitet i de familje- och sociala livet (Thompson et al., 2009; Bendz, 2003 & Kouwenhoven et al., 2011b). Andra människors reaktioner och bemötanden var benämnd av deltagarna som en viktig aspekt för att bibehålla en självkänsla och ombilda sin sociala identitet efter stroke. När deltagarna återvände hem möttes de av samhällen med brist på förståelse för stroke och funktionshinder. De beskrev att kvarvarande fysiska strokekonsekvenser kunde misstolkades som psykiska eller kognitiva funktionsnedsättningar av den sociala omgivningen (Murray et al., 2004 & Danzl et al., 2013).

*They won't have nothing' to do with you no more. I still have no friends because of the stroke...* (Danzl et al., 2013, s. 377).

Även samspelet med arbetsgivare och kollegor nämndes som ett problem bland vissa deltagare när de återkom till arbete efter stroke (Gunnel et al., 2009). Å andra sidan upplevde flera deltagare ett positivt stöd i samhället eller konkreta former av hjälp såsom pengar och tid och grannarnas stöd, vilka ställde upp för att hjälpa till (Danzl et al., 2013).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Litteraturoversikten utfördes och kvalitativa artiklar analyserades för att beskriva patientens upplevelse av psykosocialt välbefinnande efter stroke. Enligt Henricson & Billhult (2012) grundas kvalitativ design på en holistisk syn och syftar på att fördjupa sig i personens levda erfarenheter av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2012). I inkluderade studier användes intervjuer och självbiografier för att besvara studiernas syfte. Specifikt var fokus på strokepatienter som berättade sina upplevelser själva. För att öka trovärdigheten baseras litteraturoversiktens resultat på ett subjektivt perspektiv. Resultatet har giltighet när det valda fenomenet har blivit besvarat med hjälp av den valda metoden.

Att först utföra en inledande litteratursökning underlättade arbetet med att finna relevanta sökord som var representativa för syftet, och litteraturläsningen gav en djupare förståelse av ämnet. Dessutom skapades en överblick över litteraturen vilket underlättade den egentliga litteratursökningen.

Tretton vetenskapliga artiklar som publicerades mellan 2003–2015 inkluderades i studien vilket innebär att aktuell översikt är baserad på uppdaterad forskning. I databaserna användes inte samma söktekniker, då sökteknikerna inte var lika effektiva på alla databaser. Resultatet gav ibland ett enormt stort antal träffar (800–20000), även efter avgränsning eller väldigt lite antal träffar (ca 6). Samma artiklar dök upp i olika sökningar vilket är en styrka. Det var samma problem med sökord, därför utfördes sökord i olika variationer i olika databaser och med hjälp

av en bibliotekarie. Sökordet *psychosocial well-being and experience* och andra söktermerna som inte fanns i Cinahl Headings användes ändå för att de var direkt kopplade till syftet (det gäller andra databaser också). Sökordet *consequence* var befogat för att arbetet handlar om patientens upplevelse efter stroke. *Psychosocial well-being OR quality of life AND stroke AND experience* gav mest produktiva resultat i PubMed men andra söktermer som hittades i Svensk MeSH gav dåligt resultat.

Enligt Östlundh (2012), betyder peer-reviewed att artiklarna publicerades i vetenskapliga tidskrifter är granskade men det finns ingen garanti för att alla artiklarna är vetenskapliga. Därför behövs det en tänkande och kritisk bedömning av varje källa. Alla artiklar publicerades i relevanta vetenskapliga tidskrifter som t.ex. "Disability and Rehabilitation" eller "Journal of Advanced Nursing". I varje artikel ingår fullständig information av forskarens kompetens och kontaktuppgifter.

Studier i artiklarna skulle svara på studien syfte, vara vetenskapliga, kvalitativa och att studiens syfte baseras på patientens upplevelse. Det var en viktig aspekt att studiernas resultat skulle baseras på strokepatientens upplevelse och det gällde även i studier, där det även ingick andra deltagare (vårdare, vårdpersonal eller närstående) också. I vissa studier vilka inte inkluderades var resultatet baserat på vårdarens berättelse om patienternas upplevelse efter stroke.

En tänkbar svaghet med litteraturöversikt studien är att artiklarna delades upp mellan författarna när de kvalitetsgranskades pga. tidsbrist och stort antal. Det sänker reliabiliteten i studien enligt Henricson (2012). Författarna skulle kvalitetsgranska alla artiklar gemensamt för att öka validiteten och trovärdigheten av kvalitetsbedömningen. Författarna gick dock igenom de valda artiklarna gemensamt.

I dataanalysen fanns risk att författarens egen förståelse skulle kunna ha effekt på läsningen och analysen av de valda artiklarna. Det kunde även påverka översikten av resultaten beroende på författarens erfarenhet inom problemområdet eller egen uppfattning om fenomenet. För att öka litteraturöversiktens pålitlighet utbyttes anteckningar och kritiska diskussioner mellan författarna under hela arbetsgången. Det diskuterades i samråd med två handledare och författarnas medverkan i workshop, där det diskuterades med andra klasskamrater.

Studierna genomfördes i Indonesien, Sverige, Storbritannien, Norge, USA, Kina och Irland varav 77% i Europa. Det gav en global syn på fenomenet, för att stroke är ett internationellt problem. Trots studiernas olika internationella ursprung kan litteraturöversiktens resultat vara överförbart till Sverige och eventuellt till andra länder. Nuförtiden är Sverige mångkulturellt och det kan vara användbart utifrån sjuksköterskans och patientens perspektiv.

## **Etiskt resonemang**

I litteraturöversikten var det ett krav att inkluderade studier genomfördes utifrån etiska principer dvs. etiskt korrekta som beskrivs av Kjellström (2012). De flesta inkluderade studierna var etiskt godkända av olika etiska kommittéer men vissa studier (Danzl et al., 2013 & Wottrich et al., 2012) hade ingen redovisning av etiskt godkännande. Då författarna noggrant gick igenom studierna och det upptäcktes att studierna utfördes enligt de etiska principerna blev de inkluderade i resultatet. I de studierna gav alla deltagare informerat samtycke i vilket det deltagarnas rättigheter att bestämma om och hur de vill delta i studierna ingår. Information om

studien fick deltagarna på ett lättförståeligt och korrekt sätt. Intervjufrågorna var utformade utifrån studiernas syfte och drabbade inte personens integritet. Dessutom utfördes intervjuerna på ett korrekt och respektfullt sätt så att deltagarna inte upplevde det påtvingande eller kränkande. Konfidentialitet var också en av de viktigaste punkterna som genomfördes i alla inkluderade studier. Personens identitet var skyddad såsom att alla deltagarnas namn hade bytts ut och ingen känslig information om deltagarna avslöjades.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patientens upplevelse av psykosocialt välbefinnande efter stroke i medelåldern. Resultatet påvisade att stroke kan anses som en personlig katastrof för patienten vilket påverkar alla delar i livet: fysiskt och kognitivt välbefinnande, personliga känslor, självuppfattning, syn på livet och framtiden, social position, familj och vänskapliga förhållanden. Genom att få förståelse för de djupa förändringarna i patientens liv och upplevelser efter stroke, kan sjuksköterskan lindra lidande både i en akut fas efter stroke och med tiden. För att tydliggöra resultatet av denna litteraturöversikt presenteras resultatdiskussion under tre rubriker: lindra lidande, hopp som motivation till kamp samt social omgivning och familjen som resurs.

### **Lindra lidande**

Gemensamt för resultaten i alla studier var deltagarnas upplevelse av ett djupt lidande, vilket var relaterat till både kroppsliga och psykologiska problem. Plötslig stroke beskrevs som chockerande i den akuta fasen i ett flertal studier. Omedelbar övergång från relativt frisk till svårt sjuk ledde till emotionell stagnation, upplevelser av kaos och ångest. (Kouwenhoven et al., 2011b; Croot et al., 2014 & Yeung et al., 2011). Utifrån Morses teori rekommenderas inte visa empati och medkänsla för lidandet eftersom det kan tvinga patienten att övergå till känslomässigt lidande som hen inte är beredd på. Med detta menas att uthärdande sker med hjälp av ett undertryckande av känslor. Detta kan tolkas som anpassning till situationen. Personer koncentrerar sig på detta konkreta moment om känslorna väckas under denna tid kan lidande vara outhärdligt. Det är viktigt att ge individanpassad information till patienten om att känslor såsom ångest och rädsla är en normal reaktion (Foss & Nåden, 2009). Resultatet visade att deltagarnas upplevelser förändrades med tiden. Upplevelser varierade från person till person beroende på kulturella och sociala förutsättningar, personliga egenskaper och kvarstående stroke konsekvenser. Deltagarna behövde individanpassad aktuell information under hela återhämningsperioden (Kouwenhoven et al., 2011b; Taule et al., 2015; Thompson et al., 2009 & Carlsson et al., 2009).

I flera studier kom det fram att alla deltagarna upplevde känslomässig kontrollförlust vilket bidrog till förändringar i självuppfattningen (Murray et al., 2004 & Kouwenhoven et al., 2011a). Morse betonar att observation av patientens beteende är meningsfullt. Det är viktigt att förstå patientens lidande vilket är kopplat till personens historia. Sjuksköterskans tillvägagångssätt bör utgå från patientens perspektiv och ska visa förståelse för individen som helhet. Sjuksköterskan bör lära sig att vara uppmärksam på patientens beteende för att se var den befinner sig känslomässigt och därmed kunna ta ansvar och agera när det behövs (Foss & Nåden, 2009).

Vård som inte motsvarar patientens behov och som har brister i kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal leder till outhärdligt lidande för patienten. En lidande patient har ett stort behov att berätta om sitt lidande. Det kan orsaka ett vårdlidande för patienten om detta

behov inte tillfredsställs (Foss & Nåden, 2009). Eriksson uppdelar vårdlidandet i fyra övergripande kategorier: kränkning av patientens värdighet, maktutövning, utebliven vård samt fördömlig och straff. Det är individuellt upplevelse när en människa är utsatt för vårdlidande eller utebliven vård. Vårdlidande anses som onödigt lidande som sjuksköterskan bör eliminera (Eriksson, 2015). Studieresultat visade att flera deltagare upplevde missförstånd i vårdrelationerna relaterat till att behandlingen inte var fokuserad på deras behov (Taule et al., 2015). Vårdlidandet är mer kraftigt när det beror på en dålig vårdrelation. Ansvar för vårdrelationen ligger alltid på vårdaren men utformning av vårdrelationen sker med hjälp av patientens berättelse. För att skapa en bra vårdrelation måste vårdaren vara närvarande och delaktig i patientens berättelse för att verkligen höra patienten (Dahl, 2002). Det framkom i flera studier att några deltagare upplevde att vårdpersonalen inte alltid visar förståelse för deras symtom och upplevelser (Danzl et al., 2013 & Gunnell et al., 2009).

Enligt Erikssons teori indelas sjukdomslidandet i två kategorier: kroppslig smärta och själsligt lidande. Själsligt eller andligt lidande som förorsakas av upplevelser såsom skam eller skuld i samband med sjukdomen eller behandlingen. Den känslan kan uppstå genom att människan kanske själv har förorsakat sin sjukdom och lidande genom dåliga levnadsvanor (Eriksson, 2015). I resultatet framkom det att deltagarna var intresserade av att förstå orsaker och livsstilsfaktorer som kan leda till stroke (Benz, 2003 & Carlsson et al., 2009). Samtidigt upplevde många deltagare skuldskänslor i samband med sjukdomen som var relaterad till att dem blev en belastning för sin familj (Thompson et al., 2009; Yeung et al., 2011 & Wottrich et al., 2012).

Det är främst sjuksköterskans funktion att lindra lidandet. En metafor "lidandets drama" framkommer i samband med hur lidandet kan lindras. Med detta menas att sjuksköterskan bör bekräfta lidandet först. Efter det måste det ges tid och rum för lidandet för att skapa en möjlighet för patienten att lida ut. Till sist handlar det om att skapa en förståelse för att patienten ska kunna gå vidare. Det innebär att försöka hitta någon mening i lidandet vilken kan vägleda patienten till en personlig utveckling. Patienten har en central roll i "lidandets drama". Begreppet medlidande vilket är relaterat till vårdandets meningssammanhang. Medlidandet kan tolkas som en känslighet för andras sorg och lidande. Förståelse för patientens upplevelser och respekt för lidandets uttryck hjälper sjuksköterskan att tillfredsställa varje patients unika behov (Eriksson, 2015).

I Morses teori påpekas att när patienten genomlevt uthärdande, känslomässigt lidande och slutligen accepterat den nya livssituationen kan reformering av sig själv påbörjas, det kan då ske en ombildning av patientens livstolkning och ställning av nya mål (Foss & Nåden, 2009). I många studier accentuerades att deltagare upplevde förändringar i självuppfattning och förlust av tidigare kunskap som ledde till oro för osäker framtid (Kouwenhoven et al., 2011b & Taule et al., 2015; Thompson et al., 2009; Carlsson et al., 2009; Murray et al., 2004 & Yeung et al., 2011). Patienten är ledare i omvårdnaden och det är vårdarens ansvar att möta patienterna i deras lidande. Djupare förståelse för patientens lidande och egen förståelse av livet har effekt på hur sjuksköterskan lindrar lidandet. Sjuksköterskan bör vägleda patienten från ohanterbart lidande till hanterbart med ny framtid (Rehnsfeldt & Eriksson, 2004).

### **Hopp som motivation till kamp**

Lidandet skapar en känsla av hopplöshet och lidandet kräver hopp för att kunna lindras (Eriksson, 2015). I studien (Kouwenhoven et al., 2011a) generaliserades deltagarnas upplevelser

i uttryck som hopplöst "livet i gråa toner" efter stroke. Det kännetecknas av melankolisk lidande, där meningen och innehållet av livet var otydliga. Livets färger varierade mellan ljusgrått och mörkgrått. Det tolkas som att leva i en ny verklighet och förlora sig som person. Termen hopp användas för att beskriva hur en person försöker balansera mellan nuvarande situation och bättre förväntningar i sin framtid. Hoppet anses som ett attraktivt koncept inom återhämtning och rehabilitering. Det används vid målsättning och motivering. Forskning föreslår att hopp är patientens naturliga svar på upplevelsen av kroniskt tillstånd såsom stroke (Soundy et al., 2014). I denna litteraturstudie lyfts det fram att hopp i samband med återhämtningsprocessen var väsentlig motivation. Hopp innebär ett stöd till deltagarna att leva med stroke (Wottrich et al., 2012 & Taule et al., 2015).

I denna studies resultat framkommer att vård- och rehabiliteringspersonal har avgörande påverkan på funktion i rehabilitering och patientens anpassning till det nya livet efter stroke (Danzl et al., 2013 & Gunnell et al., 2009). Det är viktigt att vård- och rehabiliteringspersonal jobbar som ett välorganiserat tvärvetenskapligt team som tillhandahåller konsekvent information till patienten, att alla som har kontakt med patienten är medvetna om hans problem och behov. Vård- och rehabiliteringspersonal har en viktig ställning och utslagsgivande påverkan på patientens hopp. Hopp i sin tur, kan påverka återhämtningsresultatet (Soundy et al., 2014).

Vårdpersonalen bör hantera patientens varierande syn på hopp. Med detta menas att patienter kan ha olika synpunkter för rehabilitering och förväntningar på återhämtningsresultat. I flera studier demonstreras att deltagarna hoppades med hjälp av återhämtning och rehabilitering att komma tillbaka till livet innan stroke med samma aktiviteter och samma sociala position (Thompson et al., 2009; Bendz, 2003; Wottrich et al., 2012, & Carlsson et al., 2009). Detta framhåller Soundy et al. (2014) för att visa att patienternas förväntningar inte kan uppnås eller att återhämtningsresultatet är långt ifrån deras förhoppningar; eller förbättringen är för långsam och patienten upplever ett misslyckande. Detta kan bidra till en period av stagnation och rundgång i rehabiliteringen vilket ökar risken för att hoppet försvinner. Resultatet visar att med tiden, till exempel 18 månader efter stroke började deltagarna att utvärdera återhämtningsresultatet och funderade på om de hade realistiska förväntningar på rehabilitering (Kouwenhoven, et al., 2011b). Att deltagarna upplevde hopplöshet och frustration i samband med återhämtningsresultatet avspeglas i flera studier (Kouwenhoven et al., 2011b; Wottrich et al., 2012 & Thompson et al., 2009). Misslyckande i återhämtningen påverkade patientens självförtroende och tillit till sina kunskaper negativt (Carlsson et al., 2009).

Resultatet visar att både beroendet av andra och livet med fysiska och kognitiva nedsättningar gjorde det svårare att känna hopp (Wottrich et al., 2012). Begränsningen i fysiska funktioner, beroendet av andra för att utföra dagliga rutiner kan påverka individens värdighet, självförtroende och identitet. Dessutom medvetenheten av att aldrig kunna utföra sina tidigare roller kan provocera en känsla av hopplöshet. Detta i sin tur leder till betydligt minskat deltagandet i meningsfulla aktiviteter och social isolering (Soundy et al., 2014).

Acceptansen är en viktig faktor som bör uppnås med syfte att främja hopp. Acceptansen är relaterad till olika aspekter av livet efter stroke inklusive patientens fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar, sociala rollförändring, förändrade identitet eller realistiska målsättning (Soundy et al., 2014). Acceptansen var en medverkande kraft för anpassning till det nya livet (Kouwenhoven et al., 2011b). Det är stor variation mellan mekanismer som kan underlätta

acceptansen av konsekvenser av stroke för patienten. Det beror på patientens kulturella och sociala bakgrund, deras livs- och trosuppfattning. I flera studier klarläggs att troendet på Gud eller fatalistiskt synsätt underlättade acceptansen för flera patienter (Yeung et al., 2011; Norris et al., 2012 & Carlsson et al., 2009). Acceptansen är förknippad med livets omvärdering och förmåga att se en ny modifierad framtid (Soundy et al., 2014).

Människans förhållningssätt till sitt lidande kan vara avgörande för hoppet. Det kan vara aktivt eller passivt. Den passiva inställningen leder till resignation medan en aktiv bidrar till aktiv kamp och djupare livsvilja (Eriksson, 2015). Deltagarna refererade till sin personlighet som grund för att de hade en passiv eller aktiv position vid återhämtning efter stroke illustrerades i flera studier (Carlsson et al., 2009 & Kouwenhoven, et al., 2011b). Personliga egenskaper såsom stark vilja, inre styrka, tålamod och en önskan av självständighet påverkar patientens förmåga att bibehålla hoppet oavsett misslyckande under återhämtningsprocessen (Soundy et al., 2014). I flera studier upplevde deltagarna en daglig kamp mot konsekvenser av stroke (Thompson et al., 2009 & Carlsson et al., 2009). Därför bör vårdpersonalen se varje patient i sin helhet med sina unika upplevelser och egenskaper vid målsättning och hopp stödandet.

### **Social omgivning och familjen som resurs**

Denna litteraturstudies resultat visar att stroke har effekt på deltagarnas familjeliv och det sociala livet. Northcott et al. (2016) beskriver stroke som orsak till stress och disharmoni inom familjen.

Starka känslor efter stroke såsom frustration, depression, ilska och rädsla var svårt att hantera inom familjen (Northcott et al., 2016). Det lyftas fram i resultatet att många deltagare upplevde svårigheter med att kontrollera sina känslor som påverkade familjeförhållandet negativt (Murray et al., 2004 & Kouwenhoven et al., 2011a).

Förlust av tidigare roller i familjen omfattade flera aspekter. Efter stroke vissa människor kunde jobba eller vara vårdgivare till barn och föräldrar. Stroke innebär en ökad oförmåga att vara föräldrar eller morföräldrar, och stödja åldrande föräldrar. Förlusten av sina traditionella manliga och kvinnliga roller, arbetsförlust, finansiell osäkerhet och oförmåga att säkra framtiden för sina barn framkom (Norris et al., 2012). Hjälpplöshet och frustration, störning av självidentitet och beroende känsla uppfattade deltagarna som en mottagares position, de kunde inte ge någonting till familjen längre (Northcott et al., 2016). I flera studier framkom en rollförändring från partner till patient eller från vuxen till barn. Det framkallade skuld-känslor och deltagare uppfattade sig som en belastning (Thompson et al., 2009; Yeung et al., 2011; Wottrich et al., 2012 & Pringle et al., 2013)

I resultatet framställdes dock också att familjemedlemmar har en central roll för patienter gällande emotionellt stöd. Stöd från familjen hjälpte patienten att återställa sin psykologiska balans efter stroke (Yeung et al., 2011; Kouwenhoven et al., 2011b & Danzl et al., 2013). Emotionellt stöd från familjen bör anses som en resurs för att motivera patienten i rehabilitering och förbättra återhämtning resultatet. Det ska inte vara överdriven tillsyn eller att kränka patientens integritet och värdighet. Snarare behöver patienten känna sig älskad, vilket kan leda till ömsesidiga stödrelationer. Upplevelse av nära relationer med familj skyddar patienten från negativa psykologiska konsekvenser av stroke (Northcott et al., 2016). I resultatet framhålls att flera deltagare uttryckte vilja att skydda sina familjer från konsekvenser av stroke. Det var en anledning till att dem inte diskuterade sina problem med familjemedlemmar. Detta kan leda



till otillräcklig förståelse mellan patienten och familjen (Gunnel et al., 2009, & Thompson et al., 2009) Familjemedlemmar har en central roll för patienter gällande emotionellt stöd. Med syftet att skydda familjemedlemmars förmåga att stödja patienter efter stroke bör det övervägas att minskas familjemedlemmars belastning i patientens omvårdnad (Northcott et al., 2016).

Fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar såsom dåligt minne, talsvårigheter, förändrat utseende ledde till minskning av sociala interaktioner vilket beskrivs i flera studier. Fatigue som anledning till minskad social aktivitet fastläggs i resultatet (Thompson et al., 2009 & Bendz, 2003, & Kouwenhoven et al., 2011b). Northcott et al. (2016) fastställer att människor förlorar vänner och sociala kontakter samt minskar sitt deltagande i meningsfulla aktiviteter efter stroke på grund av tröttheten. Anledningen till att deltagarna isolerade sig kunde variera: känslomässig obalans, kommunikationssvårigheter, fatigue, vänners och främlingars attityd. Det konstateras i flera studier att deltagarna upplevde rädsla och försökte att isolera sig från en social omvärld (Yeung et al., 2011; Thompson et al., 2009 & Kouwenhoven, et al., 2011a). Mest väsentlig orsak till självisolering är att patienten upplevde stigmatisering (Northcott et al., 2016). I resultatet framkommer brist på förståelse av synliga och osynliga konsekvenser av stroke (Murray et al., 2004 & Danzl et al., 2013). Utgångspunkten för socialisering efter stroke är patientens motivation och attityd. För att återkomma till det sociala livet och upprätthålla det vänskapliga förhållandet bör patienten motiveras och uppmuntras att vara bestämd, tålmodig och motståndskraftig mot svårigheter och andras reaktioner. Ökad medvetenhet i samhället kring stroke, inte bara med fokus på det akuta skedet av sjukdomen och livet efter skulle dessutom underlätta socialisering för människor som drabbades stroke. Patientens positiva inställning och flexibilitet i problemlösningen bör främjas (Northcott et al., 2016). I resultatet upplevde några av deltagarna inget värdefullt stöd från samhället och vänner (Danzl et al., 2013).

Social isolering kan öka risken för depression medan meningsfulla relationer stödjer patienten och hjälper hen att anpassa sig till det nya livet efter stroke (Northcott et al., 2016). Soundy et al., (2014) påstår att strokepatienter och andra patienter med andra kroniska tillstånd till exempel med ryggmärgsskada har liknande upplevelser och psykosociala problem såsom djup lidande, hopplöshet och social isolering.

## **Kliniska implikationer**

För att lindra lidandet, förbättra återhämtningsresultatet och för att främja patientens välbefinnande kan sjuksköterskan använda sig av flera strategier (Figur 1). Aktivt lyssnande på patientens berättelser bidrar till förståelse för patientens psykosociala behov. Sjuksköterskan bör ge en noggrann individanpassad information om sjukdomen både till patienten och närstående. Sjuksköterskan bör bekräfta lidande och låta patienterna att lida ut. Det är sjuksköterskans ansvar att stödja, motivera och uppmuntra patienten under Den långsiktiga återhämtningsperioden efter stroke. Realistisk målsättning anses som ett instrument för att främja hopp under rehabilitering. Sjuksköterskor behöver kunskap om psykosociala patientens behov med olika kroniska tillstånd och uppmuntra patienten under den långsiktiga återhämtningsperioden efter stroke. Realistisk målsättning anses som ett instrument för att främja hopp under rehabilitering. Sjuksköterskor behöver kunskap om psykosociala patientens behov med olika kroniska tillstånd.

## Fortsatt forskning

Det krävs det mer forskning för att utveckla riktlinjer för bästa praxis, dvs. evidensbaserad vägledning till strokevårdspersonalen, **Figur 1. Sjuksköterskans strategier**

för att informera hur de kan tillfredsställa strokepatienters och närstående psykosociala behov och tillgänglig rådgivning både i akut och långsiktig återhämtning. Dessutom bör sjuksköterskans utbildning inriktas på både fysiska och psykosociala konsekvenser av stroke och andra kroniska tillstånd också. Till och med mer forskning om psykosocialt välbefinnande hos strokepatienter under 65 åldern. Det vore också intressant om det skulle ha gjorts en litteraturoversikt med samma syfte med äldre personer.

## Slutsats

Studiens resultat visar att patientens upplevelse efter stroke påverkas inte bara av strokekomplikationer utan också av olika andra psykosociala aspekter. Det betonar hur psykosociala problem är viktiga och komplexa för de patienterna. Stroke är inte bara kronisk sjukdom, det är en vändpunkt i patientens liv. Konsekvenser av stroke bidrar till att patientens liv förändras i olika sammanhang. Stroke orsakar ett långsiktigt djupt individuellt lidande. I studien framgår att sjukvårdens stora fokus är just den fysiska återhämtningen och psykosociala problem inte alltid berörs. Dock finns det en ömsesidig påverkan mellan fysisk återhämtning och av patientens psykosociala välbefinnande. Resultaten ger en djupare förståelse och kunskap om psykosociala konsekvenser och patientens psykosociala behov efter stroke i medelåldern, inte enbart för sjuksköterskan utan även för andra professioner i det multidisciplinära teamet inom strokevården. Dessutom ger resultaten överblick att utvärdera och utveckla rehabiliteringsprocessen efter stroke. Resultatet av denna litteraturstudie

### Att främja hopp för att lindra lidande:

- Visa förståelse för patientens identitet och rädsla
- Värdera och respektera patientens förluster och upplevelser
- Vara närvarande, aktivt lyssnande, visa sympati, stödja patienten och bekräfta lidandet
- Medverka till att patienten ska kunna acceptera sin situation och sjukdom
- Sätta konkreta mål utifrån patientens perspektiv
- Se varje patient som unik
- Identifiera patientens förhoppningar
- Säkerställa att patienterna få tillräckligt kunskap om sin sjukdom
- Ge fullständig information om patientens tillstånd och kropp genom individanpassat sätt (upprepande, muntlig, skriftlig, bekräftlighet).

### Att lindra lidande hos de patienterna utifrån närstående perspektiv:

- Familjemedlemmar behöver fullständig noggrann information om patientens sjukdomstillstånd och prognoser. Samt hur det kan påverka patientens psykisk mående och beteende.
- Psykologiskt stöd bör erbjudas till familjemedlemmar. Möjlighet att få råd och stöd under långsiktig period. Information om var kan dem vända sig vid problem.
- Hjälpsamt om patientens omvårdnad hemma.
- Praktiska råd hur kan dem balansera mellan att tillfredsställa patientens behov och inte kränka deras identitet.
- Inse hur stroke påverkar sexualitet

### Att främja hälsa utifrån autonomiprincipen:

- Medverka till och respektera patientens delaktighet
- Fatta ett gemensamt beslut med patienten
- Delge kunskaper som krävs att fatta ett beslut
- Ge en möjlighet till patienten att fatta beslut självständigt utifrån sina egna behov och värderingar
- Individanpassad kommunikation utifrån patientens förutsättningar, bakgrund, tillstånd och situation.

har kommit fram till att patienter efter stroke i medelåldern behöver personcentrerad vård, holistiskt synsätt och emotionellt stöd från vårdpersonalen.

## Referenslista

- Appelros, P. (2012). Medicinska aspekter. I A.-C. Jönsson (Red.), *Strokepatienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s.37–58). 1 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Bendz, M. (2003). The first year of rehabilitation after stroke - from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (3), 215 - 222.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber. ISBN 9789147053537
- Carlsson, E. G., Möller, A., & Blomstrand, C. (2009). Managing an everyday life of uncertainty – a qualitative study of coping in persons with mild stroke. *Disability and Rehabilitation*, 31 (10), 773 - 782. doi:10.1080/09638280802638857
- Croot, E. J., Ryan, T. W., Read, J., Campbell, F., O’Cathain, A., & Venables, G. (2014). Transient ischaemic attack: a qualitative study of the long term consequences for patients. *BMC Family Practice*, 15, 174. <http://doi.org/10.1186/s12875-014-0174-9>
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22 (1), 4 - 8. doi:10.1177/010740830202200101
- Danzl, M. M., Hunter, E. G., Campbell, S., Sylvia, V., Kuperstein, J., Maddy, K., & Harrison, A. (2013), “Living With a Ball and Chain”: The Experience of Stroke for Individuals and Their Caregivers in Rural Appalachian Kentucky. *The Journal of Rural Health*, 29, 368–382. doi:10.1111/jrh.12023
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Vård vid cerebrovaskulära sjukdomar. Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. 2 uppl. Stockholm: Liber Utbildning.
- Erikson, E. H., & Joan, M. (2004). *Den fullbordade livscykeln*. 3 uppl. Stockholm: Natur & Kultur
- Foss, B., & Nåden, D. (2009). Janice Morse` Theory of Suffering - a Discussion in a Caring Science Perspective. *Vård i Norden*, 91 (29), 14 - 18. doi: 10.1177/010740830902900104
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133–144). Lund: Studentlitteratur
- Giddens, A., & Sutton, P.W. (2014). *Sociologi*. 5 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Göteborgs Universitetsbibliotek. (2013a). *PsycINFO*. Hämtad 2017-11-09, från <http://www.ub.gu.se/sok/db/show.xml?id=10093157>
- Göteborgs Universitetsbibliotek. (2013b). *Scopus*. Hämtad 2017-11-09, från <http://www.ub.gu.se/sok/db/show.xml?id=12296561>

- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet- synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.361–382). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.129–138). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.471–478). Lund: Studentlitteratur
- Hwang, P., & Frisen, A. (2012). Utvecklingspsykologi. I P. Hwang, Lundberg, I., & Smedler, A. C. (Red), *Grunderna i vår tids psykologi* (s. 163 - 218). Stockholm: Natur & Kultur.
- Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2016). Bulletin of the World Health Organization 2016; 94:634-634A. Hämtad 2017-10- 29, från <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16-181636/en/>
- Jönsson, A-C. (2012). Stroke-en folksjukdom. I A.-C. Jönsson (Red.), *Stroke-patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s.25–34). 1 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Jönsson, A-C. (2016). Stroke. I A. Ekwall & A. M. Jansson (Red.), *Omvårdnad & Medicin* (s.191–214). Lund: Studentlitteratur.
- Kirkeveld, M., Bronken, B., A., Martinsen, R., & Kvigne, K. (2012). Promoting psychosocial well-being following a stroke: Developing a theoretically and empirically sound complex intervention. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 386 - 397. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.006
- Kouwenhoven, S. E., Kirkeveld, M., Engedal, K., & Kim, H. S. (2011a). Living a life in shades of grey: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of advanced nursing*, 68 (8), 1726 - 1737. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05855.x
- Kouwenhoven, S. E., Kirkeveld, M., Engedal, K., Biong, S., & Kim, H. S. (2011b). The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: a longitudinal perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*; 6 (4), 8491, doi:10.3402/qhw. v6i4.8491
- Karolinska Institutet Universitetsbibliotek. (2017). Användbara databaser och webbplatser. Hämtad 2017-11-09, från <https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/anvandbara-databaser-och-webbplatser>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.69–90). Lund: Studentlitteratur
- Knapp, P., Young, J., House, A., & Forster, A. (2000). Non-drug strategies to resolve psychosocial difficulties after stroke. *Age and Ageing*, 29 (1), 23 - 30. doi: [org.ezproxy.ub.gu.se/10.1093/ageing/29.1.23](http://org.ezproxy.ub.gu.se/10.1093/ageing/29.1.23)

- Lindgren, A. (2012a). Stroketyper- terminologi och definitioner. I A. Gottsäter, A. Lindgren & P. Wester (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s.43–48). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, A. (2012b). Kliniska tillstånd. I A. Gottsäter, A. Lindgren & P. Wester (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s.53–65). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lindskog, B., I. (2014). *Medicinsk terminologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Murray, C. D., & Harrison, B. (2004). The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 26 (13), 808 - 816. doi:10.1080//09638280410001696746
- Norris, M., Allotey, P., & Barrett, G. (2012). 'It burdens me': the impact of stroke in central Aceh, Indonesia. *Sociology Of Health & Illness*, 34(6), 826-840. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01431.x
- Northcott, S., Moss, B., Harrison, K., & Hilari, K. (2016). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: associated factors and patterns of change. *Clinical Rehabilitation*, 30 (80), 811 - 831. doi: 10.1177/0269215515602136
- Nygren, B., & Lundman, B. (2012). Åldrande och att vara gammal. I F. Friberg, J. Öhlen (Red.). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.177 - 198). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Psykologiguiden. (2017). Natur & Kulturs Psykologilexikon. Hämtad 2017-10-23, från <http://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=psykosocial>
- Pessah- Rasmussen, H. (2012). Rehabilitering och eftervård. I A. Gottsäter, A. Lindgren & P. Wester (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s.333–342). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Pringle, J., Drummond, J. S., & McLafferty, E. (2013). Revisioning, reconnecting and revisiting: the psychosocial transition of returning home from hospital following a stroke. *Disability & Rehabilitation*, 35(23), 1991-1999. doi:10.3109/09638288.2013.770081
- Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian journal of caring sciences*; 18 (3), 264 - 272. AN: 106563750
- Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Hämtad 2017-11-08, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-5-13>
- Schultze-Lutter, F., Schimmelman, B., & Schmidt, S. (2016). Resilience, risk, mental health and well-being: associations and conceptual differences. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 459–466. doi:10.1007/s00787-016-0851-4
- SFS 2003:460. Lagen om etikprövning. Stockholm: Utbildningsdepartementet

- Soundy, A., Stubbs, B., Freeman, P., Coffee, P., & Roskell, C. (2014). Factors influencing patients 'hope in stroke and spinal cord injury: A narrative review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 21 (5), 210 - 218. doi: 10.12968/ijtr.2014.21.5.210
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). ICN:s ETISKA KOD FÖR SJUKSKÖTERSKOR. Hämtad 2017-11-06, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)
- Taule, T., Strand, L. I., Skouen, J. S., & Råheim, M. (2015). Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 29(4), 651-661. doi:10.1111/scs.12193
- Thompson, H., S., & Ryan, A. (2009). The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1803 -1811. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02694.x
- Tutton, E., Seers, K., Langstaff, G., & Westwood, M. (2012). Staff and patients views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 68 (9), 2061 - 2069. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x
- Van Schalkwyk, I., & Wissing, M. P. (2010). Psychosocial Well-being in a Group of South African Adolescents, *Journal of Psychology in Africa*, 20:1, 53-60.
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M.Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad (s.481–495)*. Lund: Studentlitteratur.
- Wester, P. (2012). Riskfaktorer och primärprevention. I A. Gottsäter, A. Lindgren & P. Wester (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom (s.31–37)*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Winstein, C., Chair, J., Stein, J., Chair, V., Ross, Arena, A., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, Ottenbacher K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards L. G., Stiers, W., & Zorowitz R. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery a guideline for healthcare professionals from the American Heart. *Stroke*, 47, 98-169.
- World Health Organisation. Cardiovascular diseases. (2017). Hämtad 2017 - 10 - 29, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- World Health Organisation. Global burden of stroke. (2004). Hämtad 2017 - 10 - 29, från [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/)
- World Health Organisation (2014). Mental health: a state of well-being. Hämtad 2017-11-14, från [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

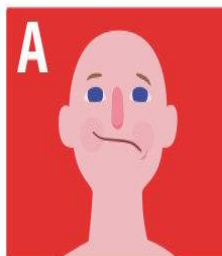
- Wottrich, A. W., Åström, K., & Löfgren, M. (2012). On parallel tracks: newly home from hospital-people with stroke describe their expectations. *Disability & Rehabilitation*, 34(14), 1218-1224. doi:10.3109/09638288.2011.640381
- Yeung, S. M., Wong, F. Y., & Mok, E. (2011). Holistic concerns of Chinese stroke survivors during hospitalization and in transition to home. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(11), 2394-2405. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05673.x
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57–79). Lund: Studentlitteratur



## Bilaga 1-AkutTest<sup>1</sup>

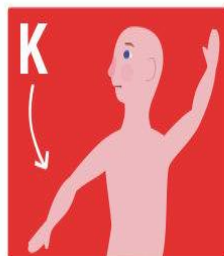
# Så känner du igen **STROKE**

Stroke är ett medicinskt **akutläge** och tiden är dyrbar! Med rätt hjälp i rätt tid kan skadorna som uppstår i hjärnan minskas. Lär dig, och andra, att känna igen varningssignalerna med AKUT-testet!



### ANSIKTE

**Ansiktet hänger.** Förlamning i ansiktet? Le och visa tänderna. Om mungipan hänger – RING 112



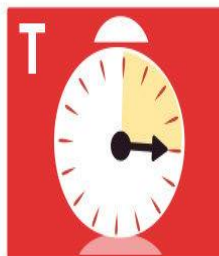
### KROPPSDEL

**Armen faller.** Förlamning eller känselbortfall i ena armen? Lyft armarna och håll kvar i 10 sekunder. Om en arm faller – RING 112



### UTTAL

**Sluddrigt språk.** Svårighet att tala och förstå? Upprepa meningen "Det är vackert väder idag". Om personen talar sluddrigt eller inte hittar rätt ord – RING 112



### TID

**Tiden är dyrbar.** Varje minut räknas för att rädda liv. Ju fortare behandlingen sätts in, desto mindre blir skadorna – RING 112



Vänta inte –

**RING OMEDELBART 112**



<sup>1</sup> Stroke.se. (2017). Akut-test vid stroke [Bild]. Hämtad 2017-11-24 från <https://stroke.se/akut-test-vid-stroke/>

## Bilaga 2-Söktabell (1/4)

### CINAHL (1/4)

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevant a abstract	Granskade	Valda
2017-10-26	Psychosocial well-being OR Quality of life AND Stroke AND experience	2000 – 2017 Peer Reviewed English Middle age 45 - 64	118	15	15	1. Bendz, 2003.
2017-10-27	strok* AND "lives changed event" OR "psychosocial* consequence*"	2000 – 2017 Peer Reviewed English Middle age 45 - 64	80	0	0	0
2017-10-27	strok* AND emotions OR "quality of life after stroke"	2000 – 2017 Peer Reviewed English Middle age 45 - 64	130	12	12	1.Murray & Harrison, 2004
2017-10-31	"psychosocial consequences" OR emotions AND after stroke	Peer reviewed 2000 – 2017 Middle Age (40-64) English	107	10	10	1.Carlsson et. al., 2009

## Bilaga 2-Söktabell (2/4)

### PsycINFO (2/4)

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade	Valda
2017-11-01	“Psychosocial wellbeing” OR “Quality of life” AND Stroke AND experience	Peer reviewed 2000 - 2017 Middle Age (40-64 yrs) English	154	15	15	1. Kouwenhoven et al., 2011, a  2. Thompson & Ryan, 2009
2017-10-27	strok* AND emotions OR “quality of life after stroke”	Peer reviewed 2000 – 2017 Middle Age (40-64) English	225	20	20	1. Kouwenhoven et al., 2011, b

## Bilaga 2-Söktabell (3/4)

### Scopus (3/4)

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade	Valda
2017-10-31	stroke AND psychosocial AND experience	Human, Humans, English	105	20	10	Yeung et al, 2011

## Bilaga 2-Söktabell (4/4)

### PubMed (4/4)

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade	Valda
2017-10-26	psychosocial wellbeing OR quality of life AND stroke AND experience	2000-2017, Humans, English, Middle Aged, Aged: 45+, Middle Aged: 45-64	249	36	15	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kouwenhoven et al., 2011, a</li> <li>2. Taule et al., 2015</li> <li>3. Croot et al., 2014</li> <li>4. Pringle et al., 2013</li> <li>5. Wottrich et al., 2012</li> <li>6. Norris et al., 2012</li> <li>7. Thompson et al., 2009</li> <li>8. Danzl et al., 2013</li> </ol>
2017-10-27	stroke* AND "life change event" OR "psychosocial* consequence* "	2000-2017, Humans, English, Middle Aged, Aged: 45+, Middle Aged: 45-64	3	0	0	0
2017-10-27	stroke AND emotions	2000-2017, Humans, English, Middle Aged, Aged: 45+, Middle Aged: 45-64	741	0	0	0
2017-10-27	stroke AND psychosocial AND adaptation	2000-2017, Humans, English, Middle Aged, Aged: 45+, Middle Aged: 45-64	50	6	6	0

## Bilaga 3-Artikelsöversikt tabell

<i>Artikel</i>	<i>Syfte</i>	<i>Deltagare</i>	<i>Metod/design</i>	<i>Resultat</i>	<i>Sammanfattande bedömning av kvalitet och kommentar</i>
<b>Bendz, (2003)</b>  <b>Sverige</b>	Belysa olikartad förståelse av stroke konsekvenser mellan strokepatienter och dras hälso- och sjukvårdspersonal.	15 deltagare (9 män, 6 kvinnor under 65 år)	Fenomenologisk kvalitativ design.	Förlust av kontroll, fatigue och rädsla av stroke återfall upplevde alla deltagare efter stroke.	<b>Hög</b> Etisk godkänt. Författarens förförståelse. Utförligt deltagarnas urvalsprocess och dataanalys.
<b>Carlsson et al., (2009)</b>  <b>Sverige</b>	Undersöka utifrån patientens perspektiv hur och varför personer med mild stroke klarade nytt livssituation som dem gjorde under det första året efter stroke.	18 deltagare (11 män, 7 kvinnor, medelålder 52 år)	Kvalitativt metod Grounded teori	Stroke har hämtat osäkerhet i deltagarnas liv med konstant rädsla av återfall. Det påverkade många aspekter av deltagarnas liv såsom återkommande till jobb, deltagande i meningsfulla aktiviteter.	<b>Hög</b> Inklusions, exklusionskriterier. Etisk godkänd. Finns resonemang om trovärdighet
<b>Croot et al., (2014)</b>  <b>Storbritannien</b>	ta itu med den långsiktiga erfarenheten av livet efter TIA över ett stort antal patienter.	39 patienter efter TIA båda kön	Kvalitativ, tematik innehållsanalys semistrukturerade intervjuer	Resultaten beskriver de långsiktiga effekterna av TIA och den efterföljande "risken" - statusen, på deltagarnas fysiska och psykosociala	<b>Medelhög</b> Etisk godkänd Alla forskare analyserade data gemensamt Stort antal deltagare som ökar risk att datamättnad inte uppnåddes.

				välbefinnande.	
<b>Danzl et al., (2013)</b>  <b>USA</b>	att beskriva erfarenheten av stroke för överlevande och deras vårdgivare i region Kentucky	personer med stroke n-13 + vårdare n-12  båda kön  Medelåldern 63,4	Kvalitativ innehållsanalys  semistrukturerade intervjuer med öppna frågor	En beskrivande sammanfattning av deltagarnas erfarenheter av stroke presenteras i följande struktur: (1) Stroke onset, (2) Övergång genom hälsovårds kontinuum och (3) Återintegrering i livet och landsbygds samhällena.	<b>Medelhög</b>  Informerade samtycke  Olika deltagarnas karakteristiker valdes: kön, utbildningsnivå; inkomst; civilstånd, jobbstatus  Flera personer som analyserar materialet; Citation styrker resultaten.
<b>Kouwenhoven et al., (2011, a).</b>  <b>Norge</b>	Beskriva erfarenheter av strokepatienter som lider av depressiva symtom i den akuta fasen	9 (3 män, 6 kvinnor). Strokepatienter i Södra delen av Norge.	Kvalitativ, fenomenologi, hermeneutisk design	Depressiva symtom i den akuta fasen efter stroke inte alltid kan ses som klinisk depression. Strokepatienter upplever förlust, förtvivlan och sorg.	<b>Hög</b>  Inklusion, exklusion kriterier.  Etisk godkänd.  Trovärdighet.  Forskarens förståelse.
<b>Kouwenhoven et al., (2011, b)</b>  <b>Norge</b>	Beskriva människors som lider av poststroke depression upplevda långsiktiga erfarenheter.	9 (3 män, 6 kvinnor) 6,12,18 månader efter stroke.	Kvalitativ, hermeneutisk-fenomenologisk design.	Upplevelse av förlust efter stroke var avgörande för deltagarna och var relaterad till depressiva symtom efter stroke. Hur patienten relaterar till förändrad	<b>Hög</b>  Beskrivs urval och inklusionskriterier.  Etisk godkänt.  Beskrivs olika fas av analys. Finns resonemang hur

				kropp, den nya livssituationen och förmåga att hitta mening i situationen är viktiga aspekter	forskare hanterat sin förståelse. Trovärdighet.
<b>Murray, &amp; Harrison, (2004).</b> <b>Storbritannien</b>	Utforska bekymmer, perspektiv och upplevelser efter stroke.	10 (medelåldern är 48,8 år).	Kvalitativ design. 5 via e-mail, 5- semistrukturerad intervju	Stroke påverkade romantiska och sexuella förhållanden. Deltagare upplevde multipla problem i socialt samspel.	<b>Medelhög</b> -etiskt godkänt, välstrukturerat resultat, råder validitet och reliabilitet.
<b>Norris et al., (2012)</b> <b>Indonesien</b>	utforska den subjektiva erfarenheten av stroke i centrala Aceh	strokeöverlevande n=11 (Medelåldern 55,4 år)  båda kön  och deras vårdare/familjemedlemmar	Kvalitativ etnografi och fenomenologi  djupa intervjuer	I resultatet framkom två breda teman. Den första var början av ett stort liv. Den andra var återbalansen av livet över tiden.	<b>Medelhög</b> Etisk godkännande  analysen tydligt beskriven  Datainsamling är relevant.  Citation styrker resultaten.
<b>Pringel et al., (2013)</b> <b>Storbritannien</b>	att undersöka och förbättra förståelsen av erfarenheterna från patienter och deras vårdare/anhöriga under den första månaden hemma efter urladdning	12 patienter efter stroke + 13 vårdare/anhöriga  båda kön	Kvalitativ design  Fenomenologi  djupa intervjuer + dagböcker	Stroke överlevande och deras vårdare beskrev den första månaden hemma som en mycket dynamisk tid, berättade en process som innebar revision, återansluta	<b>Medelhög</b> Etisk godkänt + informerat samtycke  Urval och datainsamling tydligt med tabeller.  Syfte oklar

				och omprövning.	
<b>Taule et al., (2015)</b> <b>Norge</b>	att utforska mild-tomoderaten stroke överlevandes erfarenheter av hemrehabilitering efter tidigt stödd urladdning från sjukhus	8 deltagare efter stroke  båda kön  Medelåldern 57,5 år	Kvalitativ och Randomiserad kontrollerad studie	En avgörande faktor för deltagarnas hopp om en livlös värd var det ömsesidiga förtroendet som uttrycktes i möten med vårdpersonal och deltagarnas förmåga att ge mening om sin nuvarande kropp.	<b>Hög</b>  Etiskt resonemang  Etisk godkänd.  Forskarens rolls resonemang  Demografisk, klinikal och funktions deltagarens karakteristik redovisat  Citation styrker resultaten
<b>Thompson &amp; Ryan (2009)</b> <b>Irland</b>	Undersöka inverkan av stroke konsekvenser på familjerelationerna ur personens med stroke perspektiv.	16 deltagare (9 män, 7 kvinnor; (medelålder: 56 - 64 år). Intervju hemma.	Kvalitativ	Stroke förändrar betydligt partner förhållandet ur: fysiska, psykologiska, sociala och emotionella perspektiv. Efter stroke många upplevde stress, ojämnt belastning och dissonans (disharmoni) i familj förhållandet.	<b>Hög</b>  Inklusion, exklusion kriterier.  Etisk godkänd.  Trovärdighet.  Forskarens förståelse
<b>Wottrich et al., (2012)</b> <b>Sverige</b>	att undersöka hur överlevande av stroke beskriver sina förväntningar	strokeöverlevande n=6  båda kön  medelåldern 58 år	Kvalitativ innehållsanalys semistrukturerade intervjuer med öppna frågor	Strax efter att ha kommit hem uttryckte de en känsla av att vara på parallella spår och väntade och	<b>Hög</b>  Informerat samtycke finns.  Datansamlingen utfördes korrekt.



				förväntade sig att förbättra och anpassa sig till den nya verkligheten.	Flera personer som analyserar materialet; Citation styrker resultaten  Datamättnad uppnås.  Överförbarhet uppnås.
<b>Yeung et al., (2011)</b>  <b>Kina</b>	Utforska fenomenet av bekymmer som upplever kinesiska patienter efter stroke under sjukhusvistelse och efter utskrivning.	15 deltagare (7 män, 8 kvinnor, medelåldern 64,7)	Kvalitativt fenomenologisk design.	Kinesiska patienternas upplevelser efter stroke innehåller holistiska bekymmer i fysisk, psykologisk, sociokulturellt och andlig dimension (utsträckning) som samspelar med varandra både under vistelse på sjukhus och hemma.	<b>Medelhög</b>  Etisk godkänd, inklusion-, exklusion kriterier.  Tydligt beskrivs deltagarnas karaktistik.

## Bilaga 4-SBU- granskningsmall<sup>2</sup>

### Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_

#### Total bedömning av studiekvalitet:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

#### 1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

#### 2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är urvalet relevant?
- b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?
- c) Är kontexten tydligt beskriven?
- d) Finns relevant etiskt resonemang?
- e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):

<sup>2</sup> SBU. (2017). Mall kvalitativ forskningsmetodik [Bild]. Hämtad 2017-11-24 från <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>

<b>3. Datainsamling</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?				
b) Är datainsamlingen relevant?				
c) Råder datamätnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?				
Kommentarer (datainsamling, datamätnad etc):				

<b>4. Analys</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
a) Är analysen tydligt beskriven?				
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
c) Råder analysmättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?				
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				

<b>5. Resultat</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
a) Är resultatet logiskt?				
b) Är resultatet begripligt?				
c) Är resultatet tydligt beskrivet?				
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
e) Genereras hypotes/teori/modell?				
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

SBU. (2017). Mall kvalitativ forskningsmetodik [Bild]. Hämtad 2017-11-24 från <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>