



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Patienters upplevelser i samband med rehabilitering efter stroke

En beskrivande litteraturstudie

Marinah Broman & Sandra Nyberg

År 2016

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad – självständigt examensarbete, 15 hp

Handledare: Mikaela Willmer
Examinator: Kerstin Hedborg

Sammanfattning

Bakgrund: Stroke är en folksjukdom som drabbar ungefär 30 000 personer i Sverige varje år och beräknas kosta samhället runt 18 miljarder kronor. Rehabiliteringen efter stroke är ofta intensiv, mångfacetterad och långvarig.

Syfte: Syftet var att beskriva patienters upplevelser i samband med rehabiliteringen efter stroke samt att beskriva undersökningsgruppen i de ingående artiklarna.

Metod: En beskrivande litteraturstudie som grundar sig på 12 kvalitativa artiklars resultat.

Resultat: Stroke upplevdes som en omvälvande livshändelse och huvudmålet med all rehabilitering var att få återgå till det liv som patienterna levt innan stroke. Hoppet om att återfå förlorade funktioner upplevdes som viktigt och varje tecken på förbättring gav motivation till fortsatt rehabilitering. Det var stor kontrast mellan de patienter som upplevde delaktighet i rehabiliteringsprocessen och de som önskade att de hade haft ett större inflytande. Kvinnor upplevde sig mindre delaktiga än män. Det framkom att patienter upplevde att de hade skrivits ut för tidigt från strokeenheten och inte förberetts tillräckligt inför hemkomsten. Den nedsatta funktionsnivån blev mycket tydligare när de kom tillbaka till sin vardag hemma och de saknade den nära kontakten och erfarenhetsutbytet som de hade haft med andra patienter på sjukhuset.

Slutsats: Det framkom att patienter med stroke har skilda upplevelser beträffande mål, stöd, information och delaktighet i rehabiliteringen. Ett individanpassat förhållningsätt till patienters målsättningar är betydelsefullt och adekvat information viktigt. Ändamålsenligt stöd från vårdpersonal bidrar till ökad delaktighet samt ökar patientens förmåga att utföra och klara av aktiviteter i rehabiliteringen.

Nyckelord: *kvalitativ forskning, patient perspektiv, rehabilitering, stroke*

Abstract

Background: Stroke is a disease that affects approximately 30,000 people in Sweden each year, and is estimated to cost society around SEK 18 billion. Rehabilitation after stroke is often intense, multi-faceted and long lasting.

Aim: The aim of the present study was to describe patients' experiences of rehabilitation after stroke and to describe the study group in the included articles.

Methods: A descriptive literature review based on 12 qualitative studies.

Results: Stroke was perceived as a disruptive life events and the main goal of all rehabilitation was to return to the life that patients lived before the stroke. The hope of regaining lost functions were perceived as important and any signs of improvement gave motivation to continue rehabilitation. The contrast was considerable between those patients who experienced participation in the rehabilitation process, and those who wished they had a bigger influence. Women felt less involved than men. It was revealed that the patients felt that they had been discharged prematurely from the stroke unit and were not prepared for the homecoming. Their reduced abilities became much clearer when they returned to their everyday lives at home and they lacked the close contact and the exchange of experiences they had had with other patients in the hospital.

Conclusion: It was found that patients with stroke have different experiences regarding goals, support, information and participation in rehabilitation. An individualized approach to patient goals is significant and adequate information is important. Effective support from health professionals contribute to increased participation and increase the patient's ability to perform and manage activities in the rehabilitation.

Keywords: *patient perception, qualitative research, rehabilitation, stroke*

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Patofysiologi, symtom och riskfaktorer	1
1.3 Behandling och rehabilitering	2
1.4 Omvårdnad i rehabiliteringen	3
1.5 Teoretisk referensram	4
1.5.1 Coping	4
1.6 Problemformulering	5
1.7 Syfte.....	5
1.8 Frågeställningar	5
2. Metod.....	5
2.1 Design.....	5
2.2 Databaser	5
2.3 Sökord, sökstrategier och urvalskriterier.....	6
<i>Tabell 1: Utfall av databassökningar.....</i>	7
<i>Figur 1: Artikelbortfall.....</i>	8
2.4 Dataanalys	8
2.5 Forskningsetiska överväganden.....	9
3. Resultat	9
3.1 Patienters syn på mål i rehabiliteringen.....	9
3.2 Upplevelser av stöd från andra i rehabiliteringen.....	10
3.3 Upplevelser av information i rehabiliteringen.....	11
3.4 Upplevelser av delaktighet i rehabiliteringen.....	12
3.5 Hopp och motivation i rehabiliteringen.....	13
3.6 Utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmet	14
3.7 Metodologisk frågeställning.....	15
3.7.1 Undersökningsgrupper	15
4. Diskussion	16
4.1 Huvudresultat	16
4.2 Resultatdiskussion	16
4.3 Metodologisk aspekt.....	20
4.4 Metoddiskussion.....	21
4.5 Kliniska implikationer och förslag till vidare forskning	22
4.6 Slutsats.....	23
Referenslista	24

Bilaga I. Tabell över artiklarnas resultat och syfte

Bilaga II. Artikelöversikt

Bilaga III. Översikt av undersökningsgrupp

1. Introduktion

1.1 Bakgrund

Stroke är ett globalt hälsovårdsproblem (1) och i Sverige insjuknar omkring 30 000 personer varje år och är därmed den sjukdom som upptar flest vårdplatser på landets sjukhus (2,3). Detta innefattar främst den somatiska sjukvården och beräknas kosta samhället runt 18 miljarder kronor per år (3,4). Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken i landet efter hjärtinfarkt och cancer (3), samt bedöms cirka 100 000 personer som drabbats av stroke leva med någon form av följdtilstånd (2). Antalet personer som insjuknar har ökat något i takt med att befolkningen blir allt äldre. Samtidigt som dödligheten och antalet komplicerade handikapp till följd av stroke har minskat markant i och med ökad lärdom om akut omhändertagande och bättre rehabilitering (2). Stroke är lika vanligt förekommande hos män som hos kvinnor och medelåldern för insjuknande är 75 år. Där cirka 20 % av de som drabbas är yngre än 65 år, det vill säga i yrkesverksam ålder (3).

1.2 Patofysiologi, symtom och riskfaktorer

Patofysiologiskt definieras stroke som ett samlingsnamn för de olika neurologiska symtom som uppkommer när nervvävnaden i hjärnan skadas till följd av ischemi (syrebrist) och där symtomen kvarstår efter 24 timmar (2). Om blodcirkulationen enbart kortvarigt försämras och resulterar i övergående symtom som upphör inom 24 timmar, benämns tillståndet för transitorisk ischemisk attack (TIA) och bör betraktas som en varningssignal för allvarlig stroke (2,5,6). Ungefär 85 % av alla strokeanfall orsakas av en hjärninfarkt och uppstår till följd av ocklusion (stopp) i något av hjärnans blodkärl av antingen en trombos (blodpropp) eller en embolus (en blodpropp som lossnat från hjärtat eller någon av halsartärerna och därefter följt med blodflödet upp till hjärnan). Resterande 15 % orsakas av en hjärnblödning som ger syrebrist till följd av en stigande tryckökning och vätskeansamling i hjärnvävnaden (2,3,5).

Hjärnskadans omfattning påverkas av graden syrebrist och ger olika symtom beroende på skadans lokalisering i hjärnvävnaden (2). Detta medför att symtomen varierar mellan såväl fysiska som kognitiva funktionsnedsättningar som exempelvis afasi (tal- och språkdefekter), dysfagi (sväljsvårigheter), förlamning, balanssvårigheter, neglekt (halvsidig uppmärksamhetsstörning), yrsel, humörsvängningar, trötthet, epilepsi, urininkontinens och förstoppning (2,5). Strokerisken ökar markant i och med högt blodtryck som är den mest betydande riskfaktorn för både hjärnblödning och hjärninfarkt. Andra exempel på

riskfaktorer är förmaksflimmer, hjärtinfarkt, diabetes, rökning, stress, stigande ålder, alkohol, övervikt samt hereditet (2). Samtidigt har det visat sig finnas ett tydligt samband mellan riskfaktorer och socioekonomiska förhållanden som innebär att låg utbildningsnivå och/ eller- inkomstnivå ökar risken för insjuknande i stroke (6).

1.3 Behandling och rehabilitering

Alla patienter som drabbats av en stroke bör vårdas på en strokeenhet (5,6). På en strokeenhet kan en korrekt diagnos fastslås, skadans omfattning begränsas, eventuella komplikationer förebyggas samt tidig rehabilitering påbörjas (5). Vård och rehabilitering på en strokespecifik enhet har visat sig hjälpa patienter att återfå sin självständighet och därmed minskat deras vårdberoende efter utskrivning (7). De åtgärder som blir aktuella i rehabiliteringen berör hela människan och innefattar såväl psykiska, fysiska, sociala samt medicinska behov. För att kunna möta detta omfattande rehabiliteringsbehov arbetar därför ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam kring patienten (8).

Rehabiliteringsteamet utgör ett forum för en samlad tvärvetenskaplig bedömning och kan därmed bidra till ökad patientdelaktighet i rehabiliteringen, genom att tillsammans med patienten samverka för att identifiera särskilda behov samt fastställa såväl kortsiktiga som långsiktiga mål med rehabiliteringen (1,5). Det multidisciplinära teamet vid stroke innefattar medicinsk kompetens (läkare), omvårdnadskompetens (sjuksköterska), rehabiliteringskompetens (fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped och kurator) samt vid behov även dietistkompetens och psykologkompetens (2,5,6). Tillsammans med patienten upprättas en vårdplan där de olika professionerna bidrar med varsin kunskapsdel för de åtgärder som blir aktuella i rehabiliteringen (9). Något som dokumenteras och leds av en sjuksköterska (2). En individuellt anpassad vårdplan är viktig för att säkerställa att de mål som formulerats eftersträvas, utvärderas och omprövas (9).

Tidigare forskning visar att en väl ackumulerad strokevårdprocess som kan erbjuda akut vård kombinerat med tidig rehabilitering har visat sig minska dödligheten, såväl som att förhindra en sänkt aktivitetsnivå hos dessa individer (1,7). Behandlingen och rehabiliteringen efter stroke är ofta lång och intensiv samt delas in i fem olika faser; *akuta fasen* 0-24 timmar efter symtomdebut, *subakut fas 1* 24-72 timmar efter symtomdebut, *subakut fas 2* tre dagar upp till tre veckor efter symtomdebut, *övergångsfasen* 3 veckor till 3 månader efter symtomdebut samt *anpassningsfasen* som pågår från tre månader och framåt efter symtomdebut. Målet med all rehabilitering är att patienten ska få möjlighet att förbättra sin funktionsförmåga, återerövra förlorade förmågor samt möjlighet att anpassa sig till en ny livssituation (5).

1.4 Omvårdnad i rehabiliteringen

I omvårdnadsarbetet ska en sjuksköterska betrakta varje patient som en unik och fri människa som innehar en förmåga att självständigt göra val och ta ansvar (10). Omvårdnaden vid stroke ska vara patientcentrerad och grunda sig på patientens önskemål och upplevda behov (5,11). En individuellt utformad rehabilitering som patienten själv har valt är betydelsefull för att träningen ska upplevas som meningsfull (2). Samtidigt bör vården vara personcentrerad, vilket innebär att synliggöra och tillgodose hela patientens totala behov. Det betyder att lika stor hänsyn bör tas till patientens sociala, andliga, existentiella och psykiska behov, som dennes fysiska behov (12).

I flera studier har det framkommit att sjuksköterskor själva anser sig ha en betydande roll i rehabiliteringen och planeringsprocessen för en patient som drabbats av stroke (13-15). De menar att yrkesrollen innefattar flera grundläggande uppgifter som att planera och samordna olika insatser samt följa upp insatta åtgärder i vårdplanen (15). Vidare ingår det i sjuksköterskans omvårdnadsuppgifter att försöka arbeta hälsofrämjande genom att ta tillvara på det som är friskt hos patienten samt att identifiera och aktivt förebygga olika hälsorisker (16). Sjuksköterskor själva har framfört att de värderar deras insats att kunna identifiera vilka behov patienten har samt observera eventuella omständigheter som riskerar att påverka rehabiliteringen negativt alternativt skada patienten (13,15).

En sjuksköterska ska vid behov kunna motivera och stötta till förändrade levnadsvanor, som exempelvis påverkbara riskfaktorer vid stroke (5,16). En sjuksköterska ska ha förmåga att urskilja och bedöma patientens egna resurser och förmåga att bedriva egenvård samtidigt som hon ska kunna undervisa och stödja patienten såväl som anhöriga med syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa (16). Sjuksköterskor själva har framfört att de värderar familj och vänner som en betydelsefull resurs i rehabiliteringen för en patient som drabbats av stroke (13). Genom att använda sig av familjecentrerade strategier i omvårdnadsarbetet kan en sjuksköterska uppmuntra till samarbete mellan patienter, anhöriga och vårdpersonal med avseende på planering, genomförande och utvärdering av hälso- och sjukvården (17). Sjuksköterskor har även beskrivit att de själva värderar olika insatser som syftar till att stärka patienters känslomässiga välbefinnande och copingförmåga högt (13) samt att agera ett psykiskt stöd åt såväl patienter som anhöriga (13,15).

I rehabiliteringen har sjuksköterskan även en förklarande funktion som består i att vägleda patienten från en kaotisk situation till att skapa en bättre överblick över den nya livssituationen. Uppgiften består även i att hjälpa patienten att se sina egna resurser såväl som

begränsningar för att skapa realistiska förväntningar samt se på rehabiliteringen ur ett tids- och utvecklingsperspektiv (5). I rehabiliteringen innebär detta att anpassa aktiviteter och successivt öka utmaningar så att patienten upplever sin situation som hanterbar, där sjuksköterskan genom att försöka skapa ett förtroende och inge en trygghet kan hjälpa patienten att behålla hoppet och sin motivation (5).

En stimulerande miljö med positiv atmosfär, intellektuell stimulering och tillgång till bra hjälpmedel har visat sig gynna läkningsprocessen vid stroke (2). Ett av sjuksköterskans mest centrala åtaganden är därför att se omgivningens utformning och innehåll som en betydelsefull del av omvårdnadens planering, genomförande och utvärdering (18). I rehabiliteringen av patienter med stroke kan detta relateras till en stimulerande miljö i samband med måltider. Detta eftersom denna patientkategori ofta lider av undernäring kopplat till ett generellt stresspåslag som kräver extra mycket näring och energi, samtidigt som dysfagi eller andra symtom kan försvåra ätandet (2).

1.5 Teoretisk referensram

1.5.1 Coping

Stroke är en allvarlig och möjligen livshotande sjukdom (2) och kan innebära en kris för den drabbade. Den ångest och stress som eventuellt väcks kan hanteras av patienten på flera olika sätt (19) varvid författarna har valt att utgå från begreppet coping i denna uppsats. Detta eftersom copingstrategier betecknar de sätt vi agerar på för att hantera förändringar och påfrestningar i en stressframkallande situation (19,20). Inom rehabilitering kan detta kopplas samman med en patients sätt att möta och hantera en omfattande och betydande funktionsnedsättning (19).

Begreppet coping brukar delas in i tre huvudstrategier: problemfokuserad- emotionsfokuserad- och meningsskapande coping (20). *Problemfokuserad coping* innebär att aktiva försök görs till att förändra ett problem eller en stressframkallande situation (19,20). Denna strategi är oftast positiv (19) och innebär att fokus läggs på att försöka hitta olika lösningar på ett problem eller förändra något hos sig själv, för att kunna hantera en påfrestande situation bättre (20). *Emotionsfokuserade copingstrategier* används för att hantera känslomässiga reaktioner (19) och betyder att försök görs till att göra något åt sin upplevelse av en specifik situation (20). Det kan exempelvis innebära att förändra, tolerera eller minska intensiteten i sina känslor så att känslan av kontroll infinner sig i en stressframkallande situation. *Vid meningsskapande coping* görs försök att finna en positiv mening med, och att lära sig något positivt från en stressframkallande situation (20).

En individs karakteristiska copingstil är högst individuell och kan betraktas som en integrerad del av personligheten (20), där faktorer som bakgrund, tidigare erfarenheter och målsättningar med livet påverkar vilka strategier personen väljer (19). Relaterat till rehabilitering efter stroke är hjälplöshet, sorg, kommunikationssvårigheter och bristande information exempel på vad som kan påverka en patients copingförmåga negativt. Samtidigt som empati, uppmuntran, adekvat information samt realistiska mål är exempel på sådant som kan påverka en patients copingförmåga positivt (2).

1.6 Problemformulering

Stroke är en folksjukdom som drabbar ungefär 30 000 personer i Sverige varje år och beräknas kosta samhället runt 18 miljarder kronor. Rehabiliteringen efter stroke är ofta intensiv, mångfacetterad och långvarig, varvid ett individanpassat förhållningsätt är viktigt. Omvårdnaden i rehabiliteringen ska vara personcentrerad och tillgodose patientens andliga, existentiella, sociala, psykiska och fysiska behov, samt vara patientcentrerad och grunda sig på patientens önskemål och upplevda behov. Därför är det av stor vikt att undersöka och beskriva patienters upplevelser i samband med rehabiliteringsprocessen, för att sjuksköterskor ska få den kunskap och förståelse som krävs för att ytterligare utveckla och förbättra sin roll i det multidisciplinära teamet. Detta för att kunna erbjuda bästa möjliga omvårdnad till denna patientgrupp.

1.7 Syfte

Att beskriva patienters upplevelser i samband med rehabiliteringen efter stroke samt att beskriva undersökningsgruppen i de ingående artiklarna.

1.8 Frågeställningar

1. Vilka upplevelser har patienter i samband med rehabiliteringen efter stroke, och vilka aspekter har varit betydelsefulla?
2. Hur ser undersökningsgruppen ut i de utvalda artiklarna?

2. Metod

2.1 Design

Författarna har utifrån syftet valt att göra en beskrivande litteraturstudie (21).

2.2 Databaser

Databaserna Cinahl och Pubmed användes för att söka efter vetenskapliga artiklar, då dessa innehåller ett stort antal artiklar som berör ämnet omvårdnad (18).

2.3 Sökord, sökstrategier och urvalskriterier

Samtliga artiklar söktes med fokus mot arbetets syfte och frågeställningar. De sökord som valdes att användas i både Cinahl och PubMed var följande: "stroke", "qualitative research", "rehabilitation", "patient perception" och "nurs*", *se tabell I* sidan 7.

Sökorden hämtades genom de båda databasernas respektive *thesaurus*, uppslagsverk. I Cinahl benämns dessa "Cinahl Headings" och i PubMed för "MeSH- termer". De båda databaserna är uppbyggda på skilda sätt och har i vissa fall olika benämningar på samma ord i sina respektive uppslagsverk (22). Varvid ett sökord "patient perception" kom att sökas som fritext, eftersom författarna ville använda samma sökord i de båda databaserna. Sökordet "nurs" valdes att kompletteras med en trunkering (*) för att i sökresultatet få upp artiklar som innehöll samtliga tänkbara böjningsformer av ordet (23).

Kriterierna och begränsningarna för vilka artiklar som har inkluderats i studien har utformats utifrån syftet och frågeställningarna. Databasbegränsningarna var att artiklarna skulle vara; möjliga att tillgå i full text via Högskolan i Gävle, vara skrivna på engelska alternativt svenska samt att de var publicerade mellan åren 2006-2016. Begränsningen "free fulltext" användes inte då detta hade uteslutit artiklar som Högskolan i Gävle prenumererar på. Inklusionskriterier för artiklarna var att det skulle vara; vetenskapligt utformade, kvalitativa studier samt svara på litteraturstudiens syfte och frågeställningar. Exklusionskriterier var; systematiska litteraturstudier.

För att undersöka omfattningen av tidigare forskning inom det aktuella området användes som första steg i sökningen enbart sökordet "stroke" i de båda databaserna (22). I Cinahl gav detta sökord 20.201 träffar och i PubMed 93.244 träffar. Därefter begränsades sökningen genom att använda fler sökord med hjälp av det booleanska tilläggsordet "AND" mellan sökorden eftersom detta genererar träffar på artiklar som innehåller samtliga sökord i kombination med varandra, *se tabell I* (21,22). Detta resulterade i 293 antal träffar. Därefter läste författarna gemensamt igenom artiklarnas titlar varvid 218 kom att exkluderas eftersom de var; litteraturstudier, inte svarade på syftet, eller var dubletter. Varvid 75 antal artiklar kvarstod som tänkbara källor. Därefter läste författarna gemensamt artiklarnas abstrakt för att undersöka om de svarade mot syftet, frågeställningarna samt motsvarade inklusionskriterierna. Varvid 12 antal artiklar stod kvar som tänkbara källor. Dessa numrerades och abstrakten lästes av båda författarna på varsitt håll för att sedan diskuteras och jämföras för att kunna säkerställa att de var väsentliga utifrån studiens syfte och frågeställningar. Samtliga artiklar bedömdes vara relevanta och kom att användas i denna studie, *se figur I*, sidan 8. *Bilaga I och II*, för tydligare översikt.

Tabell 1, utfall av databassökningar

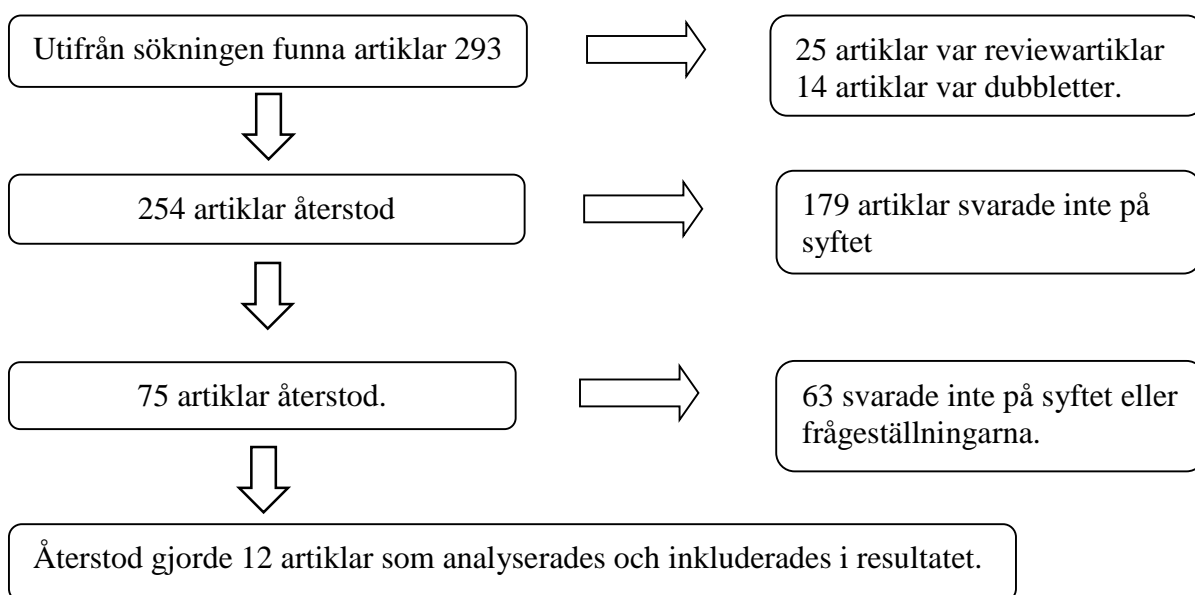
Sökdatum	Databas	Sökterm	Antal träffar	Lästa abstract	Valda källor exkl. dubletter
2016-02-11	Cinahl	1. Qualitative research ¹	16.974	-	-
2016-02-11	Cinahl	2. Stroke ¹	20.201	-	-
2016-02-11	Cinahl	3. Rehabilitation ¹	27.164	-	-
2016-02-11	Cinahl	4. Patient perception ³	19.949	-	-
2016-02-11	Cinahl	5. Nurs [*]	177.023	-	-
2016-02-11	Cinahl	1. AND 2.	313	-	-
2016-02-11	Cinahl	1. AND 2. AND 3.	146	27	11
2016-02-11	Cinahl	1. AND 2. AND 3. AND 4.	16	16	0
2016-02-11	Cinahl	1. AND 2. AND 3. AND 5.	23	23	0
2016-02-11	PubMed	6. Qualitative research ²	58.507	-	-
2016-02-11	PubMed	7. Stroke ²	93.244	-	-
2016-02-11	PubMed	8. Rehabilitation ²	125.434	-	-
2016-02-11	PubMed	9. Patient perception ³	35.015	-	-
2016-02-11	PubMed	10. Nurs [*]	150.703	-	-
2016-02-11	PubMed	6. AND 7.	707	-	-
2016-02-11	PubMed	6. AND 7. AND 8.	349	-	-
2016-02-11	PubMed	6. AND 7. AND 8. AND 9.	22	22	0
2016-02-11	PubMed	6. AND 7. AND 8. AND 10.	86	3	1
Total summa				75	12

¹ Cinahl Headings

² MeSH- termer

³ Fritextsökning

*Trunkering



Figur I, artikelbortfall

2.4 Dataanalys

För att besvara studiens *första frågeställning* läste författarna som första steg de 12 utvalda artiklarna var för sig flera gånger, med fokus på metod- och resultatdelen (24). Detta gjordes för att författarna skulle få en överblick och möjlighet att bilda sig en enskild uppfattning gällande artiklarnas innehåll. I den fortsatta analysen och granskningen identifierades individuellt *meningsenheter* (dvs. text som svarade på syfte och frågeställningarna) där relevanta delar ströks under med färgpennor, så kallad färgkodning (21,25). Därefter jämförde författarna sina respektive anteckningar och reflekterade gemensamt över om de hade markerat liknade begrepp och nyckelord. Utifrån dessa begrepp och nyckelord granskades, analyserades och sammanställdes sedan olika kategorier, som författarna senare utgick ifrån när de identifierade text och stycken som påvisade skillnader och/eller likheter i artiklarnas resultat (25).

För att besvara studiens *andra frågeställning* granskades, analyserades och diskuterades gemensamt de utvalda artiklarnas undersökningsgrupp. Innehållet sammanställdes sedan i en tabell för att göra innehållet mera överskådligt, se bilaga III, *översikt av undersökningsgrupp*. Författarna kontrollerade så artikelförfattarna hade beskrivit relevanta delar som; ålder, kön, antal deltagare samt inklusions- och/eller exklusionskriterier. Vidare undersöktes om artikelförfattarna hade redogjort för eventuellt bortfall (21). En mer ingående beskrivning av artiklarnas undersökningsgrupp går att läsa i löpande text i studiens resultat under huvudrubriken ”metodologisk frågeställning”.

2.5 Forskningsetiska överväganden

Författarna valde att arbeta enligt etiska principer genom att inte utföra plagiat eller förvränga resultatet på de utvalda artiklarna (21) samt strävat efter att ha ett objektivt förhållningsätt och återgivit innehållet så konsekvent som möjligt. Detta för att förhindra att präglas av egna åsikter och värderingar (22). Författarna har inte ansökt om något etiskt godkännande, då denna studie är en beskrivande litteraturstudie av redan publicerat material (26), utan istället undersökt om samtliga ingående studier har ansökt om etiskt godkännande eller på andra sätt redogjort för ett etiskt förhållningsätt.

3. Resultat

Denna litteraturstudies resultat är en sammanställning av 12 kvalitativa artiklars resultat. Resultatet kommer att redovisas utifrån patienter med strokes upplevelser i löpande text indelat i sex huvudkategorier, vilka är; ”patienters syn på mål i rehabiliteringen”, ”upplevelser av stöd från andra i rehabiliteringen”, ”upplevelser av information i rehabiliteringen”, ”upplevelser av delaktighet i rehabiliteringen”, ”hopp och motivation i rehabiliteringen”, ”utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmet”. I slutet av resultatet presenteras de valda artiklarnas undersökningsgrupp i löpande text under huvudrubriken ”metodologisk frågeställning”.

3.1 Patienters syn på mål i rehabiliteringen

Deltagarna i några av de ingående studierna upplevde inte rehabilitering som något konkret som kunde planeras för utan snarare som något oförutsägbart som behövde anpassas från dag till dag, med betoning på att titta framåt, men inte nödvändigtvis mot något specifikt mål annat än att ständigt förbättra (27,28). En del av problemet med att fastställa specifika mål var att tiden och omfattningen av rehabiliteringen upplevdes vara så oförutsägbart (27).

Några patienter var överens om att det aldrig kommer att finnas bara ett sätt att sätta upp mål på som passar alla människor. De menade därför att vårdpersonalen kunde ha ett mer förfinat, individanpassat förhållningsätt och engagemang till patienternas målsättningar. Samtidigt upplevde vissa att det var bättre med flera små mål för att succesivt återfå självförtroendet, än stora långsiktiga mål (27). Flera patienter angav att huvudmålet med all rehabiliteringen var att få återvända hem och återgå till det liv de levde innan stroke (27-30). Kvinnors mål var ofta kopplade till familjen, hemmet och hushållssysslor (28,31). Männen mål förknippades med aktiviteter utanför hemmet som exempelvis arbete, köra bil och fritidsaktiviteter (31).

3.2 Upplevelser av stöd från andra i rehabiliteringen

Stöd och uppmuntran betraktades vara nära sammanhängande med uppgiften att återhämta, anpassa och omorientera sig till en ny livssituation (31,32). Ändamålsenligt stöd från vänner, familj och hälso- och sjukvårdspersonal bidrog till ökat självförtroende och ökade förmågan att utföra och klara av olika aktiviteter i rehabiliteringen (27,31,33,34). De kände sig stöttade och bekräftade när de fick höra att de fokuserade på rätt saker och gjorde framsteg i sin rehabilitering. I synnerhet de dagar de själva hade svårt att se sina egna framgångar i denna process (29).

En del patienter upplevde inte att de fick tillräckligt stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen på sjukhuset för att kunna anpassa sig till sin nya situation och angav att de kände sig övergivna. De framförde att ett mer omtänksamt och stöttande tillvägagångssätt skulle ha hjälpt dem att bättre anpassa sig till sin nya situation (34). Några angav att de upplevde att rehabiliteringsteamet hade låga förväntningar på deras återhämtning och därmed begränsade deras möjligheter till rehabilitering (33). Andra framförde att de kände att sjuksköterskorna på avdelningen inte var beredda på att dela deras sorger och att patienterna därför aktivt valde att inte nämna något om sitt lidande (31) samtidigt som vissa uttryckte missnöje över personalens bristande uppmärksamhet (35).

Positiva erfarenheter av att vara stöttad beskrevs av patienter som hade utvecklat en känsla av partnerskap i sjukhusmiljön (36). De beskrev att de kände sig trygga, tröstade och vägleda av kompetent personal, (35-37) samt att de blev sedda och bekräftade som unika individer med specifika önskningar och behov (37). Personalen var snäll, glad och hjälpsam (27,35,37) även om de inte alltid hade den tid eller resurser som patienterna själva hade önskat (27). Till skillnad från andra som upplevde att personalen alltid ställde upp och tog sig den tid som patienterna behövde (37). Somliga var övertygade om att personalen tog deras problem på allvar och kände stor tillit till dessa (35). En nära relation till en specifik sjuksköterska beskrevs som särskilt betydelsefullt och bidrog till ett ökat förtroende för vården. Avbrott i denna kontinuitet betraktades som ett hinder i rehabiliteringen (31).

Vissa patienter sa att de hade lättare att acceptera hjälp från andra om den kom från en anhörig (34). Speciellt familjen verkade vara betydelsefull för många patienter och gav tröst i den sorg som de upplevde att sjukdomen medförde (27,29,31). Andra patienter tyckte i stället att det var svårt att motta hjälp från anhöriga (34) och beskrev dessa personer som en källa till anspänningar (27). I synnerhet överbeskyddande anhöriga som begränsade deras möjligheter att prova aktiviteter på egen hand, något som fick dem att

känna sig ohörda och frustrerade (34). Det framgick att kvinnor hade lättare att delge sitt lidande och söka stöd hos familjen än män, som angav att de inte ville oro sin respektive i onödan. Vissa män valde därför aktivt att inte berätta om sina sorger för sjuksköterskor, eftersom de var rädda att den informationen skulle föras vidare till de anhöriga (31).

Relationer till andra patienter som drabbats av stroke lyftes som betydelsefull för flera personer (29,31,37,38). Några menade att mötet med andra människor i en liknande situation hjälpte dem att bibehålla sina egna förväntningar på rehabiliteringen samtidigt som de själva kände sig meningsfulla när de kunde hjälpa andra med praktiska uppgifter, trots egna besvär (29,31). Parallellt med att andra personer och deras framsteg hjälpte dem att tydligare se sig själva och de personliga framstegen i sin egen rehabilitering. De fick en ökad förståelse för att sjukdomen utvecklas olika och kunde på så vis känna en tacksamhet över hur de själva hade drabbats (37). Några ville rehabiliteringsträna i en strokespecifik grupp för att få stöd och tillgång till kompetent personal, samtidigt som de upplevde att det var generande att behöva träna med andra som inte hade samma kropps begränsningar. Andra menade att gruppterapi inte var något för dem och att de inte ville beblanda sig med andra handikappade och fruktade att åsidosättas i en särskild grupp på grund av deras sänkta fysiska funktionsnivå (38).

3.3 Upplevelser av information i rehabiliteringen

Flera patienter angav att stroke hade inträffat plötsligt, utan förvarning (27,37) och de uttryckte en särskild oro och ångest över att en till stroke kunde inträffa lika plötsligt igen (27,28,30,34). De hade aldrig trott att stroke var något som kunde drabba dem själva och funderade därför mycket på orsaker och riskfaktorer bakom sjukdomen (37). De hade många frågor och ville ha information om vad som hade hänt, hur framtiden såg ut och vad som förväntades av dem själva under rehabiliteringen (29).

I flera studier påpekade patienterna hur betydelsefullt det var med adekvat information från hälso- och sjukvårdspersonalen i samband med rehabiliteringen (32,34,35,37) och en meningsfull dialog med vårdpersonalen sågs vara nära förknippat med patienternas upplevda tillfredsställelse. Där vikten av att individanpassa information betonades (35). Lämplig information behövdes för att kunna förstå konsekvenserna av stroke samtidigt som det underlättade för deltagarna såväl som anhöriga att gå vidare med livet. Somliga menade att om informationen runt vilka konsekvenser en stroke medför hade varit bättre och även förmedlats till anhöriga, hade även dessa anhöriga haft större förståelse för olika symtom (32).

Några deltagare framförde att de inte alls var nöjda med den information som de hade fått från hälso- och sjukvårdspersonalen och ville ha mer utbildning och information om stroke, medicinering och framtidsutsikter, vilket de ansåg skulle ha underlättat deras rehabiliteringsprocess (34,35). Vissa menade att de behövde mer information för att kunna förstå innebörden av olika behandlingsalternativ samt sannolikheten för att uppnå ett specifikt mål (34). Till skillnad från andra deltagare som rapporterade att de var nöjda med den information som de hade fått av vårdpersonalen (34,37) och framhöll att de speciellt uppskattat att läkarna vid upprepade tillfällen, ibland i närvaro av anhöriga, informerat om sjukdomen och orsaksmekanismerna bakom symtomen (37).

3.4 Upplevelser av delaktighet i rehabiliteringen

Patienterna talade om positiva effekter av att ingå en allians med personalen i rehabiliteringsteamet och för dem som var delaktiga i formella målsättningar, upplevdes processen som ett samarbetsprojekt (27,29,34). Några patienter sa att de kände sig delaktiga i sin återhämtningsprocess när de själva intog en aktiv roll i såväl den individuella rehabiliteringsplanen som olika rehabiliteringsgrupper (31). De beskrev ”patienten som experten”, samt inbördes nyttan för behandlingsteamet att bilda en allians med patienten (27), där en viktig förutsättning var att personalen kommunicerade och respekterade patientens egna önskemål (34).

Några patienter upplevde att de inte hade involverats i planeringen av sin rehabilitering (27,31,34). De önskade att de hade haft större inflytande så att deras mål och åsikter hade lyfts fram mer (33). Till skillnad från andra som önskade att de inte hade haft ett sådant stort inflytande i själva målsättandet eftersom de klandrade sig själva för att eventuellt ha fokuserat på fel saker och att vissa svårigheter med deras återhämtning därför var deras eget fel (27). De flesta mål ansågs ofta initieras av personalen och patienterna accepterade vanligtvis detta (27,33). En av anledningarna var att de antog att det redan fanns en på förhand bestämd plan samt litade på personalens expertis (27). Vidare fanns en tilltro till att personalen var de som bäst visste vad patienten klarade av att utföra och att detta var rimligt att anta, eftersom de själva bedömde att de inte hade den kunskap eller förmåga som krävdes för att göra det (33). Samtidigt var vissa patienter övertygade om att deras tillstånd togs på allvar av professionell vårdpersonal och att de därmed kände sig trygga med att lämna över beslutsfattandet till dessa (35).

Några patienter angav att det inte var viktigt att vara delaktig i formella målsättanden utan att personalen alltid talade om hur det gick och att detta räckte (27). I synnerhet kvinnor tenderade att lämna över sitt beslutsfattande till hälso- och sjukvårdspersonalen (28,31).

Detta eftersom de själva ansåg att de inte hade tillräckligt med kunskap om stroke, behandling och rehabilitering för att göra detta (31). De tillät personalen att planera rehabiliteringen samt bestämma sekvensen, tempo och justeringar i träningsprogrammet, medan de själva koncentrerade sig på att försöka delta i dem (28). Till skillnad från män som angav att de inte konkret uttryckte att de ville vara delaktiga i sin rehabiliteringsprocess eller delge sina mål. Däremot försökte de på olika sätt att vara delaktiga genom att själva skaffa sig kunskap om sjukdomen och behandlingen genom att ställa frågor. På så sätt fick de möjlighet att vara delaktiga och komma med förslag i olika beslut (31).

3.5 Hopp och motivation i rehabiliteringen

Hopp om att kunna återfå förlorade kroppsfunktioner upplevdes som något viktigt och varje tecken på förbättring gav motivation till fortsatt rehabilitering (27,28,30,31,33,37). Trots att sjukdomen medförde vissa begränsningar till följd av bristande ork och trötthet så kände sig vissa hoppfulla om att återfå krafterna i framtiden (37) även när vägen framåt var okänd och patienterna var oroliga och hade tankar om döden (30). Några patienter sa sig begripa att total återhämtning inte var troligt eftersom personal hade sagt så, samtidigt som de i hemlighet hoppades och fann motivation i att tro detta (27). Andra sa att de kände tilltro om att livet fortfarande hade mycket kvar att erbjuda bara de själva valde att jobba på sin rehabilitering (30) och att drivkraften till all rehabilitering var hoppet om att kunna komma tillbaka till det liv som de hade levt innan sjukdomen eller hitta nya sätt att leva och vara (28,30,31). Patienter uttryckte en glädje och positiv förväntan vid tanken på att återvända hem och var villiga att göra det som förväntades av dem under rehabiliteringen samt underströk att deras främsta motivation var viljan att återfå hälsa (28). Somliga patienter såg målsättande som ett sätt att hjälpa dem att hålla sig motiverade och fokuserade på rehabiliteringen samtidigt som återhämtningen skred framåt, men att plåtar i tillfrisknandet ändå accepterades som något oundvikligt (27).

Det var en stor kontrast mellan de patienter som var motiverade och beslutsamma och de som kände sig riktigt låga och omotiverade i rehabiliteringen. Vissa patienter uttryckte att de kämpade med att vilja kunna känna sig hoppfulla, men att alla motgångar tycktes dra ned dem likt en nedåtgående spiral (30). Några uttryckte hur deras egen bristande förståelse påverkade deras motivation att möta nya utmaningar och uttryckte ett behov av att ha någon att prata med för att övervinna den frustration de upplevde av att inte vara tillräckligt motiverade (32). Andra fann motivation i att sätta extremt ambitiösa mål, för att detta skulle mana dem till sin högsta nivå av prestanda. Samtidigt som de upptäckte en envishet och beslutsamhet hos sig själva som de inte visste om att de hade (30) och sa

att deras egna positiva inställning hade en stor positiv påverkan på rehabiliteringen (29). Somliga beskrev att de fick ökat självförtroende och motivation när de lyckades uppnå prestationer som stod utanför deras rehabiliteringsplan, vilket gav dem hopp om ytterligare återhämtning i framtiden. Dessa mål var speciellt meningsfulla och symboliserade möjligheten att kunna uppnå precis vad som helst (27).

3.6 Utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmet

En del patienter sa att de inte ångrade något i sin rehabilitering som de hade haft under sin sjukhusvistelse och sa att systemet fungerade bra som det var. Ändå kom några med förslag på hur målplaneringen kunde ha förbättras om; personalen hade pratat mer med patienten om olika mål, fått fram kortsiktiga och långsiktiga mål tidigare i rehabiliteringsprocessen samt lärt ut målsättningsfärdigheter patienten kunde införa på egen hand ute i samhället (27). Flera patienter angav att den nedsatta funktionsnivån blev mycket tydligare när de väl kom tillbaka till sin vardag hemma (28,29,36). Till skillnad från på sjukhuset där miljön var avsedd att vara så patientvänlig som möjligt och där personlig utveckling och framsteg i rehabiliteringen bedömdes mot denna situation eller standard (36). De verkade acceptera deras kroppsliga begränsningar lättare i definierade utbildningssituationer än i situationer som involverade verklig, praktisk handling (28,36) och beskrev hur de tappade den drivkraft som de hade byggt upp på sjukhuset när de fick komma hem igen (36).

Några patienter uppgav att de saknade den nära kontakten och erfarenhetsutbytet som de hade haft med andra patienter på strokeenheten (29). Andra upplevde att de hade skrivits ut för tidigt från strokeenheten och inte hade förberetts tillräckligt mycket inför hemkomsten (27) samt att det var svårt att upprätthålla de rutiner och rehabiliteringsövningar som de upprättat på sjukhuset (29). Andra uppgav att de inte orkade delta i olika aktiviteter på samma sätt som innan stroke, vilket fick negativ påverkan på deras sociala liv (32). I en senare fas av rehabiliteringen sa sig patienter vara medvetna om att full återhämtning aldrig skulle uppnås och att stroken därmed representerade en ny fas i livet. Detta innebar att deras tidigare tankar på vad de ville uppnå i livet fick omdefinieras och vissa fann det svårt att se att deras liv skulle kunna bli meningsfulla igen (28).

3.7 Metodologisk frågeställning

3.7.1 Undersökningsgrupper

För att ta reda på om samtliga studiers undersökningsgrupp var relevanta utifrån denna studies *syfte* och *andra frågeställning* granskades de avseende ålder, kön, antal deltagare, inklusions- och exklusionskriterier samt bortfall (21). För en mer överskådlig och detaljerad sammanfattning, se bilaga III, *översikt av undersökningsgrupp*.

Alla ingående studier hade redogjort för antalet deltagare(27-38). I fyra av studierna medverkade även andra personer än de som drabbats av stroke. I dessa inkluderades patienter med traumatisk hjärnskada eller annan neurologisk påverkan (29), anhöriga (36,38) samt olika yrkesprofessioner ur ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam (30). De flesta studierna hade 10-15 deltagare (27,31-33,35,38), de med minst hade 5-8 deltagare (28,34,37). I tre studier medverkade 20-24 deltagare, fast i dessa deltog även andra personer än de som drabbats av stroke (29,30,36). Sammantaget medverkade i de ingående studierna 145 personer, som drabbats av stroke.

I 11 av studierna ingick det både kvinnor och män och könsfördelningen var beskriven i samtliga av dessa (27,29-38). I sex av studierna var deltagarna övervägande män (27,30,32-34,36) och i två av studierna var deltagarna övervägande kvinnor (28,35). I fyra av studierna deltog ungefär lika många män som kvinnor (29,31,37,38). I en studie var de medverkande enbart kvinnor (28) och totalt i alla de ingående artiklarna deltog det 84 män och 61 kvinnor.

I samtliga studier var åldersspannet beskrivet (27-38) och i studien med det bredaste åldersspannet på 52 år var den yngsta deltagaren 33 år och den äldsta 85 år (27) och i studien med minst åldersspann på nio år var den yngsta deltagaren 66 år och den äldsta deltagaren 75 år (31). Vidare var den yngsta deltagaren av alla i de ingående studierna 17 år (29) och de två äldsta 87 år (35,37). Den genomsnittliga åldern i samtliga av de ingående studierna var 62 år.

Vid granskningen framkom det att 11 studier hade redogjort för inklusionskriterier (27-36,38) och exempel på olika inklusionskriterier var; en fast lägsta ålder för deltagande (28,31,33,35), bestämt åldersspann (29,32), specifika symtom (29,33,38), visst antal lägsta poäng på ett särskilt test eller bedömningsformulär (27,34,38), ha genomlidit en förstagångstroke (28,35), vara av ett särskilt kön (28), ha vårdats på en akutstrokesvårdsavdelning (36), vara medicinskt stabila (32), inte lida av någon psykisk sjukdom eller missbruk (29), diagnostiserats med stroke enligt WHO:s definitioner (36), vara i arbetsför

ålder (32) samt att det skulle ha gått ett visst tidsspänn sedan insjuknande i sjukdomen (32,38).

Övriga inklusionskriterier var förmågan att *kunna delta i en intervju*, som exempelvis; ha tillräckliga kunskaper i ett visst språk (29,31), kunna svara konsekvent på frågor (33,34), inte ha någon kognitiv funktionsnedsättning (28,31-33,36), inte ha tal- eller språksvårigheter (28,29,33,36), vara villiga att prata (30,38), samt ha förmågan att kunna ge sitt informerade samtycke (35). I en utav de ingående studierna presenterades inga inklusionskriterier (37).

I åtta av de inkluderade studierna hade författarna inte redogjort för några exklusionskriterier (29-32,34,36-38). I de fyra studier (27,28,33,35) som hade redogjort för exklusionskriterier uteslöts de deltagare som; inte hade uppnått en viss poäng på ett kognitivt test (27,33), hade afasi (27,28), bodde på ett vårdhem (33), hade andra allvarliga sjukdomar som exempelvis cancer (28), svåra tal-problem eller en kognitiv funktionsnedsättning (35), led av en syn- eller hörselskada eller inte var engelsktalande (27).

I åtta av de ingående studierna hade artikelförfattarna inte redogjort för om det förekommit något bortfall (27,28,30-34,37) och i fyra studier hade de redovisat bortfall (29,35,36,38). Anledningarna till bortfallen angavs vara följande; deltagarna tackade nej till att delta (29), hoppade av (35,36) eller avled innan studien hann avslutas (35). I en studie hade författarna angivit bortfall utan att lämna någon vidare beskrivning (38).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Stroke upplevdes som en omvälvande livshändelse och huvudmålet med all rehabilitering var att få återgå till det liv som patienterna levt innan stroke. Hoppet om att återfå förlorade funktioner upplevdes som viktigt och varje tecken på förbättring gav motivation till fortsatt rehabilitering. Det var stor kontrast mellan de patienter som upplevde delaktighet i rehabiliteringsprocessen och de som önskade att de hade haft ett större inflytande. Kvinnor upplevde sig mindre delaktiga än män. Det framkom att patienter upplevde att de hade skrivits ut för tidigt från strokeenheten och inte förberetts tillräckligt inför hemkomsten. Den nedsatta funktionsnivån blev mycket tydligare när de kom tillbaka till sin vardag hemma och de saknade den nära kontakten och erfarenhetsutbytet som de hade haft med andra patienter på sjukhuset.

4.2 Resultatdiskussion

I flera av de ingående studierna rådde det samstämmighet bland deltagarna om att huvudmålet med all rehabilitering var att få återvända hem och återgå till de liv som de hade

levt innan stroke (27-30). Hopp om att återfå förlorade funktioner upplevdes som viktigt och varje tecken på förbättring gav motivation till fortsatt rehabilitering (27,28,30,31,33,37). Detta intygar hur betydelsefullt det är att se och bekräfta även små framsteg i rehabiliteringsprocessen för att hjälpa patienter att bibehålla hoppet och sin motivation. Genom uppmuntran kan en sjuksköterska påverka copingförmågan positivt (2) och därmed stärka patientens förmåga att möta och hantera en omfattande funktionsnedsättning (19). Detta styrks i andra studier som fann att de deltagare som fick hjälp att anta en problemlösande copingstrategi verkade mindre stressade och därmed bättre kunde anpassa sig till en bestående funktionsnedsättning (39). De patienterna som fick hjälp, handledning och instruerades i hur de skulle hantera olika utmaningar i rehabiliteringen blev mer självständiga (40).

Det framkom att några deltagare i en av de ingående studierna önskade att vårdpersonalen skulle ha ett mer individanpassat förhållningsätt till deras målsättningar och att det aldrig kommer finnas bara ett sätt att formulera mål på som passar för alla (27). Ur ett sjuksköterskeperspektiv bekräftar detta hur viktigt det är med patientcentrerad vård som utformas efter patienters önskemål och behov (5), samtidigt som en patient enligt svensk lagstiftning har rätt att få sina önskemål tillgodosedda utifrån sina individuella förutsättningar (41).

Flera av deltagarna i den ingående studien angav att de upplevde att ändamålsenligt stöd från vänner, familj och vårdpersonal bidrog till ett ökat självförtroende och en bättre förmåga att utföra och klara av aktiviteter i rehabiliteringen (27,31,33,34). Detta bekräftas i tidigare forskning där det framkom att stöd och uppmuntran från vårdpersonal motiverade till rehabilitering och bidrog till att patienter fann hopp om samt vågade tro på ett tillfrisknande och fortsatt återhämtning (40).

Deltagare i föreliggande studie talade om positiva effekter av att ingå en allians med personalen i rehabiliteringsteamet och för dem som var delaktiga i formella målsättningar, sågs processen som ett samarbetsprojekt (27,29,34). Detta styrks i tidigare forskning som fann att både sjuksköterskor och patienter ansåg att patientdelaktighet var betydelsefullt och avgörande för en positiv rehabiliteringsprocess vid stroke (42) samt att det är sjuksköterskans ansvar att ta reda på patientens behov och individanpassa informationen därefter, samt att en sjuksköterska som inte visar sympati eller är okänslig påverkar patientdelaktigheten negativt (43).

I föreliggande studie framkom det att kvinnor var mindre delaktiga i sin rehabilitering genom att låta vårdpersonalen fatta beslut, eftersom de själva ansåg att de inte hade den

kunskap som behövdes för att göra det (28,31). Denna undvikande copingstrategi skilde sig åt från männen som valde en mer problemfokuserad copingstrategi genom att ställa frågor och aktivt söka kunskap om sjukdomen och på så sätt blev mer delaktiga i sin rehabilitering (31). Det har visat sig att kvinnor har lägre överlevnadsstatistik samt sämre förutsättningar än män att återhämta sig efter stroke. Kvinnor har visat sig vara mer nedstämda och beroende av andra i större utsträckning än män. Några av anledningarna till detta antas vara att kvinnor ofta insjuknar senare än män och därmed har mindre fördelaktig utgångspunkt relaterat till en högre ålder genom att detta också ökar risken för annan samtidig sjukdom, parallellt med att stroke har visat sig drabba kvinnor svårare (6). Ur ett sjuksköterskeperspektiv kan detta vara en lärdom om att kvinnor eventuellt riskerar att åsidosättas i rehabiliteringen till följd av att de använder undvikande copingstrategier. En sjuksköterska kan här påverka copingförmågan positivt och hjälpa kvinnor till bättre delaktighet i rehabiliteringen genom uppmuntran och individanpassad information (2), så att de därmed får det självförtroende och kunskap som behövs för att kunna vara mer delaktiga.

Vidare framkom det att kvinnors mål ofta var kopplade till familjen, hemmet och hushållssysslor (28,31), medan männens mål förknippades med aktiviteter utanför hemmet som exempelvis arbete, köra bil och fritidsaktiviteter (31). Här är det viktigt att uppmärksamma att målen i rehabiliteringen så långt som möjligt bör utformas i överensstämmelse med patientens sätt att leva sitt dagliga liv (44). De vill säga vara patientcentrerad och grunda sig på patientens önskemål och upplevda behov (5) samt att mål som patienten själv har valt är betydelsefull för att rehabiliteringen ska upplevas som meningsfull (2).

Flera av deltagarna i de ingående studierna uttryckte en oro och rädsla över att riskera drabbas av en ny stroke (27,28,30,34) samt hade många frågor och funderingar om vad som hade hänt, riskfaktorer samt hur framtiden såg ut (29,37). Dessa känslor och funderingar i samband med insjuknade i stroke bekräftas även i tidigare forskning (39,45). De patienter som aktivt valde att söka information kan anses ha valt en problemfokuserad copingstrategi för att hantera den stressframkallande situation som de upplevde att stroken medförde (20). En sjuksköterska kan här försöka stärka patientens copingförmåga positivt genom att tillhandahålla adekvat information (2) angående patientens aktuella hälsotillstånd, eftervård samt de skilda metoder som finns för vård och behandling (46).

Det rådde emellertid skilda meningar bland deltagarna om huruvida lämplig information hade förmedlats från vårdpersonalen eller inte (32,34,35,37). Detta kan tänkas bero på

var, när och hur informationen hade förmedlats till deltagarna i de ingående studierna (21) relaterat till att deltagarna eventuellt befann sig i olika faser av sin rehabilitering och därmed var mer eller mindre mottagliga för ny information. Några deltagare framförde även att mer information borde ha förmedlats till anhöriga så att dessa fick större förståelse för olika symtom (32). I en annan studie styrks detta då deltagarna framförde att många symtom efter stroke till viss del är dolda och att det därmed är svårt för anhöriga att förstå varför de inte orkar delta i olika aktiviteter eller uppfylla vissa åtaganden på samma sätt som före insjuknandet (45). Detta är något en sjuksköterska bör ha i åtanke och bemöta genom att vid upprepade tillfällen ge såväl muntlig som skriftlig information till både patienter och anhöriga om olika symtom (47).

I de ingående studierna framkom det att en del patienter upplevde att de hade skrivits ut för tidigt från strokeenheten och inte förberetts tillräckligt inför hemkomsten (27) samt att den nedsatta funktionsnivån blev mycket tydligare när de kom tillbaka till sin vardag hemma (28,29,36). Detta bekräftas i en annan studie där deltagarna beskrev perioden efter utskrivning från sjukhus som den mest utmanande i hela rehabiliteringsprocessen. De beskrev att de kände sig övergivna av sjukvårdssystemet samt att de genom utskrivning hade uttömt sina möjligheter att få hjälp trots att de ännu inte hade återfått förlorade förmågor (39). För att omvårdnaden och den fortsatta rehabiliteringen även ska fungera hemma är det viktigt att förbereda patienten väl inför hemkomsten. Något som kan uppnås genom att patienten i dialog med ansvarig sjuksköterska får möjlighet att föra fram sina tankar, funderingar och upplevda behov av hjälp, så att olika insatser därefter kan anpassas och förberedas inför hemkomsten (48). Patienten får på så vis hjälp att anta en problemfokuserad copingstrategi och kan därmed få en känsla av kontroll i en annars stressframkallande situation.

Det rådde en samstämmighet bland flera deltagare i de ingående studierna om att de upplevde relationer till andra patienter som drabbats av stroke som betydelsefull (29,31,37,38) samt att de efter utskrivning saknade kontakten och erfarenhetsutbytet som de hade haft med andra patienter på strokeenheten (29). I tidigare forskning bekräftas detta då det framkom att interaktioner med andra i en liknande situation gav positiva resultat på rehabiliteringen i helhet (49) och var oerhört viktigt för tillfrisknandet (40). En sjuksköterska kan möta detta behov genom att bistå med information om olika patientföreningar, så att patienten får fortsatt möjlighet att utbyta erfarenheter. En sjuksköterska kan även informera anhöriga om att de kan söka stöd i en särskild anhörigrupp då det i en studie framkommit att även anhöriga behöver stöd för att orka vara ett tillräckligt stöd

till patienter som drabbats av stroke (50). Vidare har Sveriges alla kommuner skyldighet att erbjuda anhöriga till patienter med stroke stöd och råd både enskilt och i grupp (4).

4.3 Metodologisk aspekt

I denna studies resultat har 12 kvalitativa studier valts att inkluderas eftersom syftet var att beskriva patienters upplevelser i samband med rehabiliteringen efter stroke (21,25). I alla de ingående artiklarna medverkade totalt 145 personer, vilket kan anses vara lågt för att resultatet i denna studie ska kunna sägas gälla för en större del av en population, samtidigt som det i kvalitativa studier är viktigare att hitta ett färre antal individer som kan ge detaljrika beskrivningar av ett fenomen, framför ett stort antal med mindre erfarenhet (25). I tre av de ingående artiklarna medverkade även andra personer än de som insjuknat i stroke. Detta har troligtvis inte påverkat denna studies resultat nämnvärt eftersom de delar i de berörda studiernas resultat som enbart inkluderat svar från dessa individer har uteslutits.

Stroke är lika vanligt förekommande hos män som hos kvinnor (3) och i alla de ingående studierna var könsfördelningen någorlunda jämnt fördelad med 58 % män och 42 % kvinnor. Denna studies resultat kan därmed betraktas ge en trovärdig bild av såväl kvinnors som mäns upplevelser i samband med rehabilitering efter stroke. I Sverige är medelåldern för insjuknande i stroke 75 år och cirka 20 % av de som drabbas är yngre än 65 år (3). I alla de ingående studierna var medelåldern 62 år, varvid denna studies resultat inte kan sägas representera alla patienter som drabbats av stroke utan snarare de som befinner sig i yrkesverksam ålder. Det skilde 70 år mellan den yngsta och den äldsta deltagaren och detta kan ha påverkat denna studies resultat eftersom deltagarna troligtvis befann sig i olika faser av sitt liv och därmed inför skilda utmaningar i samband med rehabiliteringen. Dock, kan denna åldersvariation samtidigt ha bidragit till en god variation och nyansering av samma fenomen och därmed ha skapat ett bredare underlag till denna studies syfte och frågeställningar (23).

I 11 av de ingående studierna hade artikelförfattarna redogjort för inklusionskriterier och/eller exklusionskriterier. Syftet med kriterier är att de ska säkerställa att undersökningsgruppen har de erfarenheter som krävs för att ge svar på en studies syfte samtidigt som resultatet ska kunna sägas representera den utvalda populationen (21). En av alla de ingående studierna hade varken redogjort för några inklusionskriterier eller exklusionskriterier, varvid den studien kan sägas ha en lägre trovärdighet.

I åtta av de ingående studierna hade artikelförfattarna inte redogjort för om det förekommit något bortfall (27,28,30-34,37). Detta kan tänkas bero på att det var kvalitativa studier

med ett mindre antal deltagare som var specifikt utvalda, eftersom de hade erfarenheter av samma fenomen. Syftet med studierna var således inte att presentera statistik med långtgående slutsatser och generaliserbara åtgärdsförslag på samma sätt som i kvantitativa studier, då ett större bortfall riskerar påverka resultatet och ge en snedvriden bild av verkligheten (51).

4.4 Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva patienters upplevelser i samband med rehabiliteringen efter stroke. Författarna valde därför att göra en beskrivande litteraturstudie, eftersom denna design är lämplig att använda när syftet är att granska, analysera samt beskriva redan befintlig forskning inom ett utvalt ämne, för att kunna generera ny kunskap (21).

Det kan ses som en styrka att författarna valt att söka efter lämpliga artiklar i två skilda databaser med omvårdnadsfokus (21) samtidigt som detta beslut genererade ett större antal tänkbara källor och förhindrade ett snedvidet urval (22). För att säkerställa att sökorden var korrekta hämtades de genom de båda databasernas respektive *thesaurus*, uppslagsverk. Vidare användes det booleanska sökordet "AND" mellan sökorden eftersom detta begränsade sökningarna och samlade in så relevanta studier som möjligt utifrån denna studies syfte och frågeställningar (22).

Med hänsyn till denna studies syfte och frågeställningar kan det ses som en fördel att författarna har styrkt studiens resultat med aktuell forskning genom att utesluta artiklar som var äldre än tio år (21). Begränsningen "free fulltext" användes inte eftersom detta hade uteslutit artiklar som Högskolan i Gävle prenumererar på. Alla de ingående studierna var från länder som traditionellt betraktas som "västerländska" (Sverige, Norge, England, Irland, USA och Nya Zeeland), även om författarna inte aktivt hade valt denna begränsning, se bilaga II *artikelöversikt*. Artiklarnas resultat kan därmed anses vara jämförbara, samtidigt som möjligheten finns att ländernas sjukvårdssystem skiljer sig åt och därmed kan ha haft en viss påverkan på patienternas upplevelser i samband med rehabiliteringen.

Beslutet att endast inkludera kvalitativa studier var lämpligt utifrån studiens syfte och frågeställningar, eftersom kvalitativa studier avser att studera, förstå och förklara individers upplevelser av ett visst fenomen (25).

Dataanalysen genomfördes på ett systematiskt tillvägagångssätt, vilket minskade risken att förbise relevant fakta, samtidigt som det underlättade sammanställningen av artiklarna på ett neutralt och konsekvent sätt (22). Det kan ses som en svaghet att författarna inte

har utgått från en granskningsmall när de värderat de ingående studiernas kvalitet, eftersom en klassificering hade underlättat denna process. Detta är en lärdom som har vuxit fram under arbetsprocessen och något författarna bär med sig inför eventuellt framtida studier (51).

Författarna valde att arbeta enligt etiska principer genom att inte utföra plagiat eller förvränga resultatet på de utvalda artiklarna (21). Samtliga artiklar bortsett från en var skriven på engelska varvid författarna är medvetna om sina begränsningar i det engelska språket samt risken för att feltolka resultat (26). Något som har förhindrats genom att gemensamt reflektera över innehållet och översättningarna i de ingående studierna, vid behov har även uppslagsverk använts. I nio av de ingående studierna redogjorde artikelförfattarna för att de hade ansökt om etiskt godkännande från en kommitté, i tre studier redovisades inte något etiskt godkännande. Detta är beaktningsvärt eftersom kvalitativa studier som inkluderar människor behöver någon form av etiskt godkännande, vilket dessa studier troligtvis hade fast de valde att inte redovisa det. Samtidigt bedömde författarna att de tre studierna som inte hade presenterat ett etiskt godkännande ändå påvisade att de haft ett etiskt förhållningsätt.

Den begränsade tiden för att samla in lämpligt underlag kan ha påverkat studiens kvalitet, något som författarna har försökt att förhindra med hjälp av en fast tidsplan (52). Trots detta lyckades inte författarna att förhålla sig till tidsplanen, eftersom de fick lov att byta fokus under arbetets gång till följd av att det fanns för lite publicerat material inom det första utvalda området.

4.5 Kliniska implikationer och förslag till vidare forskning

I föreliggande studies resultat framkom det att patienter som drabbats av stroke hade skilda upplevelser beträffande mål, stöd, hopp, motivation, information och delaktighet i rehabiliteringen, samt att de använde olika copingstrategier för att hantera dessa upplevelser. Vidare framkom det att flera patienter önskade att de hade förberetts mer inför hemkomsten från sjukhus. Resultatet i denna studie indikerar därmed på att det finns en förbättringspotential i omvårdnaden av denna patientgrupp.

Denna studies resultat kan användas i klinisk verksamhet genom att bidra till en ökad förståelse hos sjuksköterskor om att patienter har skilda behov utifrån sina upplevelser i samband med rehabiliteringen efter stroke samt använder sig av olika copingstrategier för att hantera detta. Sjuksköterskans uppgift är att genom dialog och kommunikation med patienten försöka identifiera vilka copingstrategier som används för att därefter kunna

anpassa omvårdnaden samt att stötta och handleda patienten utifrån sina unika förutsättningar och behov i samband med rehabiliteringen. Detta kan i sin tur bidra till ökat välbefinnande samt hjälpa patienten att hantera en omfattande funktionsnedsättning.

Det framkom i föreliggande studie att kvinnor riskerar att åsidosättas i rehabiliteringen till följd av att de oftare än männen använde undvikande copingstrategier. Samtidigt som det har visat sig att kvinnor ofta insjuknar i högre ålder, är mer nedstämda, drabbas svårare, har sämre förutsättningar att återhämta sig samt har lägre överlevnadsstatistik än män efter stroke. Detta föranleder till att det finns ett behov av mer forskning på hur vården kan förbättras till kvinnor, då behandling och rehabilitering ser likadan ut för båda könen idag.

4.6 Slutsats

Det framkom att patienter med stroke har skilda upplevelser beträffande mål, stöd, information och delaktighet i rehabiliteringen. Ett individanpassat förhållningsätt till patienters målsättningar är betydelsefullt och adekvat information viktigt. Ändamålsenligt stöd från vårdpersonal bidrar till ökad delaktighet samt ökar patientens förmåga att utföra och klara av aktiviteter i rehabiliteringen.

Referenslista

- (1) Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet* 2011 05/14;377 North American Edition (9778):p.1693-1702.
- (2) Ericson E, Ericson T. Medicinska sjukdomar : patofysiologi, omvårdnad, behandling. 4 rev.uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
- (3) Riks-Stroke. Information om stroke. 2015; Available at: <http://www.riksstroke.org/sve/patient-och-narstaende/stroke/>. Accessed 11/25, 2015.
- (4) Strokeförbundet. Konsekvenser efter stroke. 2015; Available at: [http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=459&sp=442&go=Konsekvenser efter stroke](http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=459&sp=442&go=Konsekvenser%20efter%20stroke). Accessed 11/25, 2015.
- (5) Wergeland A, Ryen, S & Ödegard-Olsen, T, G. Omvårdnad vid stroke. In: Almås H, Stubberud, D-G & Grønseth, R, editors. *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber AB; 2011. p. 259-282.
- (6) Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 – Stöd för styrning och ledning. 2009; Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17790/2009-11-4.pdf> . Accessed 11/25, 2015.
- (7) Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane database of systematic reviews (CDSR)* 2013 Sep-11;9.
- (8) Rivano M. Processer och arbetssätt inom rehabilitering: Team, mål, utvärdering. In: Borg J, editor. *Rehabiliteringsmedicin teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 33-37.
- (9) Björvell, C. & Thorell-Ekstrand, I. Omvårdnad vid stroke. In: Ehrenberg, A. & Wallin, L., editor. *Omvårdnadens grunder - ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 121-144.
- (10) Svensk sjuksköterskeförening. Värdegrund för omvårdnad. 2014; Available at: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad/>. Accessed 01/16, 2016.
- (11) Wressle E, Eeg-Olofsson A, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med* 2002 01;34(1): p. 5-11.
- (12) Svensk sjuksköterskeförening. Personcentrerad vård. 2013; Available at: http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf. Accessed 01/16, 2016.
- (13) Burton CR. A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *J Adv Nurs* 2000 07;32(1): p. 174-181.

- (14) Kerr P. Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nurs Stand* 2012 09/05;27(1): p. 35-39.
- (15) Long AF, Kneafsey R, Ryan J, Berry J. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *J Adv Nurs* 2002 01;37(1): p. 70-78.
- (16) Willman A. Hälsa och välbefinnande. In: Edberg A, Wijk H, editors. *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 27-43.
- (17) Creasy KR, Lutz BJ, Young ME, Stacciarini JR. Clinical Implications of Family-Centered Care in Stroke Rehabilitation. *Rehabil Nurs* 2015 Nov;40(6): p. 349-359.
- (18) Edvardsson D, Wijk H. Omgivningens betydelse för hälsa och vård. In: Edberg A, Edberg A, editors. *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 173-203.
- (19) Burell G, Stensman R. Ett nytt liv: Copingstrategier vid långvariga funktionsnedsättningar. In: Borg J, editor. *Rehabiliteringsmedicin teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 59-66.
- (20) Harris-Kalfoss. Mötet med lidande och döende patienter - sjuksköterskans möte med sig själv. In: Almås H, Stubberud D, Grønseth R. *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber AB; 2011. p. 475-498.
- (21) Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- (22) Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. *Evidensbaserad omvårdnad : en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. 3 rev. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2011.
- (23) Karlsson E. Informationssökning. In: Henricson M, editor. *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad.*: Studentlitteratur AB; 2012. p. 95-113.
- (24) Rosén M. Systematisk litteraturoversikt. In: Henricson M, editor. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 429-444.
- (25) Henricson M, Billhult A. Kvalitativ design. In: Henricson M, editor. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 129-137.
- (26) Kjellström S. Forskningsetik. In: Henricson M, editor. *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad.*: Studentlitteratur; 2012. p. 69-92.
- (27) Brown M, Levack W, McPherson KM, Dean SG, Reed K, Weatherall M, et al. Survival, momentum, and things that make me 'me': patients' perceptions of goal setting after stroke. *Disabil Rehabil* 2014 06/15;36(12): p. 1020-1026.

- (28) Eilertsen G, Kirkevold M, Bjørk IT. Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women. *J Clin Nurs* 2010 07;19(13): p. 2004-2013.
- (29) Dixon G, Thornton EW, Young CA. Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically disabled adults. *Clin Rehabil* 2007 03;21(3): p. 230-240.
- (30) Tutton E, Seers K, Langstaff D, Westwood M. Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2012 09;68(9): p. 2061-2069.
- (31) Andersson Å, Hansebo G. Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *J Adv Nurs* 2009 10;65(10): p. 2038-2045.
- (32) Martinsen R, Kirkevold M, Bronken BA, Kvigne K. Work-aged stroke survivors' psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study. *BMC NURS* 2013 01;12(1): p. 22-31.
- (33) Doyle SD, Bennett S, Dudgeon B. Upper limb post-stroke sensory impairments: the survivor's experience. *Disability & Rehabilitation* 2014 Jan-1;36(12): p. 993-1000.
- (34) Donnellan C, Martins A, Conlon A, Coughlan T, O'Neill D, Collins DR. Mapping patients' experiences after stroke onto a patient-focused intervention framework. *Disabil Rehabil* 2013 03/15;35(6): p. 483-491.
- (35) Mangset M, Dahl TE, Førde R, Wyller TB. 'We're just sick people, nothing else': ... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clin Rehabil* 2008 09;22(9): p. 825-835.
- (36) Ellis-Hill C, Robison J, Wiles R, McPherson K, Hyndman D, Ashburn A. Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. *Disabil Rehabil* 2009 01/15;31(2): p. 61-72.
- (37) Rejno A, von Post I. Patient experiences of caring in a combined acute and rehabilitation stroke unit. *Vard i norden* 2007 09;27(3): p. 49-52.
- (38) Poltawski L, Boddy K, Forster A, Goodwin VA, Pavey AC, Dean S. Motivators for uptake and maintenance of exercise: perceptions of long-term stroke survivors and implications for design of exercise programmes. *Disabil Rehabil* 2015 04/20;37(9): p. 795-801.
- (39) Ch'ng AM, French D, McLean N. Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members. *Journal of Health Psychology: An Interdisciplinary, International Journal* 2008 Nov-1;13(8): p. 1136-46.
- (40) Engman M, Lundgren SM. Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke? *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies* 2009;29(3): p. 32-36.
- (41) Riksdagen. Patientlag (2014:821) 5 Kap. Delaktighet, 2§. 2014; Available at: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K5. Accessed 03/07, 2016.

- (42) Kolovos P, Kaitelidou D, Lemonidou C, Sachlas A, Sourtzi P. Patient Participation in Decision Making During Nursing Care in Greece-A Comparative Study. *Nurs Forum* 2015 Jul;50(3): p. 147-157.
- (43) Larsson IE, Sahlsten MJM, Segesten K, Plos KAE. Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scand J Caring Sci* 2011 09;25(3): p. 575-582.
- (44) Ternestedt B, Norberg A. Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. In: Friberg F, Öhlén J, editors. *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt.: Studentlitteratur; 2009. p. 29-65.*
- (45) Carlsson GE, Möller A, Blomstrand C. Managing an everyday life of uncertainty-- a qualitative study of coping in persons with mild stroke. *Disability & Rehabilitation* 2009 Jan-1;31(10): p. 773-82.
- (46) Riksdagen. Patientlag (2014:821) Kap 3, Information. 1§. 2014; Available at: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K5. Accessed 03/07, 2016.
- (47) Tingström P. Information och utbildning. In: Edberg A, Wijk H, editors. *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa.: Studentlitteratur; 2009. p. 65-92.*
- (48) Benzein E, Hagberg M, Saveman B. Familj och sociala relationer. In: Friberg F, Öhlén J, editors. *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt.: Studentlitteratur; 2009. p. 68-87.*
- (49) Schouten L, Murray C, Boshoff K, Sherman K, Patterson S. Overcoming the long-term effects of stroke: qualitative perceptions of involvement in a group rehabilitation programme...includes commentary by Sherman K and Patterson S. *INT J THER REHABIL* 2011 04;18(4): p. 198-208.
- (50) van dG, Smith L, Davis S, Moss B, Cornelius V, Laing S, et al. Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. *Clin Rehabil* 2005 06;19(4): p. 372-380.
- (51) Olsson H, Sörensen S. *Forskningsprocessen : kvalitativa och kvantitativa perspektiv. 3. uppl. ed. Stockholm: Liber AB; 2011.*
- (52) Henricson M. Diskussion. In: Henricson M, editor. *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad.: Studentlitteratur; 2012. p. 472-479.*

