



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

En livsomvälvande händelse

Hur stroke påverkar hälsa och välbefinnande

En litteraturöversikt

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*

FÖRFATTARE: *Ester Allstrin & Angelica Ericsson*

HANDLEDARE: *Eva-Karin Hultgren*

JÖNKÖPING 2019 01

Sammanfattning

Bakgrund: Att insjukna i stroke innebär en förändrad livssituation både för den som drabbats av stroke men också dess anhöriga. Fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt välbefinnande är faktorer som påverkar situationen och sjuksköterskan har en väsentlig roll i att stötta patienten under rehabiliteringen. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva hur patienter upplevde hälsa och välbefinnande efter stroke. **Metod:** En litteraturstudie med kvalitativ design där 12 olika kvalitativa artiklar har analyserats. **Resultat:** Fyra olika kategorier presenterades utifrån begreppet hälsa: fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt välbefinnande vilka var faktorer som påverkades efter att en patient insjuknat i stroke. Faktorer som påverkade patientens hälsa och välbefinnande negativt var nedsatt mobilitet, ätsvårigheter, fatigue, isolering, minskade sociala relationer och oförmåga att kunna arbeta medan faktorer som påverkade patienten positivt var stöd från familjen, betydelsefulla aktiviteter och förbättrade hälsovanor. **Slutsats:** Litteraturöversikten bidrar med kunskap om patienters upplevelser efter att ha insjuknat i stroke, vilket ger vårdpersonal och andra människor i patienternas omgivning förutsättningar för att de lättare ska kunna bemöta patienter som insjuknat i stroke.

Nyckelord: Hälsa, Livskvalitet, Patient, Upplevelse, Välbefinnande.

Summary

A life changing event

How stroke affects health and well-being.

A literature review.

Background: To suffer from stroke means that the life situation changes for both the patient and the relatives. Different physiological, psychological, social and existential well-being are factors that affect the situation. The nurse has a key role to support the patient in the rehabilitation process. **Aim:** The aim of this study was to describe how patients experienced health and well-being after stroke. **Method:** A literature-based qualitative study and 12 scientific qualitative articles have been analyzed. **Results:** Four different categories were presented based on the concept health: physiological, psychological, social and existential well-being which were factors that were affected after a patient has suffered from stroke. Factors that affected the patient's health and well-being in a negative way were reduced mobility, eating difficulties, fatigue, isolation, reduced social relationships and inability to work while factors that affected the patient in a positive way were support from the family, meaningful activities and improved health habits. **Conclusion:** The study brings knowledge related to patient's experiences after they have suffered from stroke which gives the health professionals and other people in the patient's environment the right conditions to be able to treat patients that have suffered from stroke the right way.

Keywords: Health, Quality of life, Patient, Experience, Well-being.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Sjukdomstillståndet stroke	1
Riskfaktorer.....	1
Konsekvenser efter stroke	1
Behandling	2
Omvårdnad.....	2
Livet efter stroke.....	3
Hälsa	3
Fysisk hälsa och välbefinnande	4
Psykisk hälsa och välbefinnande	4
Social hälsa och välbefinnande.....	5
Existentiell hälsa och välbefinnande.....	5
Stroke och välbefinnande	5
Syfte	6
Material och metod.....	6
Design	6
Urval och datainsamling	6
Dataanalys	7
Etiska överväganden.....	7
Resultat.....	8
Fysisk hälsa och välbefinnande	10
Psykisk hälsa och välbefinnande	11
Social hälsa och välbefinnande.....	12
Existentiell hälsa och välbefinnande.....	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Fysisk hälsa och välbefinnande	15
Psykisk hälsa och välbefinnande	15
Social hälsa och välbefinnande.....	16
Existentiell hälsa och välbefinnande.....	16
Slutsatser	17
Kliniska implikationer	17
Referenser	18
Bilagor.....	
Bilaga 1.....	
Bilaga 2.....	
Bilaga 3.....	

Inledning

I Sverige insjuknar varje år cirka 26 000 människor i stroke och stroke klassas som en av de största folksjukdomarna (Socialstyrelsen, 2017). Uppskattningsvis insjuknar omkring 15 miljoner människor i hela världen i stroke varje år (World Health Organisation [WHO], 2018a). Stroke drabbar både fysiska och psykiska funktioner och kan påverka välbefinnandet och livskvaliteten för den drabbade (Johnston, Pollard, Morrison & MacWalter, 2004). Stroke är en vanligt förekommande sjukdom och tidigare siffror visar på att det är många som insjuknar både i Sverige och i resten av världen och forskning antyder att insjuknandet i stroke kommer att fortsätta öka (Jaromin et al., 2017). Forskning visar att det är fler unga vuxna som insjuknar i stroke än tidigare vilket innebär att dessa patienter kommer leva längre med funktionsnedsättningar och behöver mer stöd för att uppleva livskvalitet igen både efter stroke men också långsiktigt (Casey, 2018). Som sjuksköterska är det därför sannolikt att möta patienter som insjuknat i stroke oberoende var sjuksköterskan arbetar. Detta är en sjukdom som i någon grad ger bestående funktionsnedsättningar och påverkar patientens liv även efter rehabilitering. Därför är det betydande att medvetandegöra för sjuksköterskan vad som skapar välbefinnande igen efter stroke (Buijck et al., 2014).

Bakgrund

Sjukdomstillståndet stroke

Stroke orsakas antingen av att det uppstår en hjärninfarkt eller hjärnblödning. Det som sker vid en stroke är att blodflödet till hjärnan hindras, då det antingen bildas en propp i ett av blodkärlen i hjärnan eller att det blir en blödning i hjärnan då något av kärlet brister, vilket leder till att hjärnan får syrebrist och det blir skador i hjärnans vävnad (WHO, 2018c). Stroke förekommer i alla åldrar men den äldre populationen är mer utsatt för att insjukna än vad yngre människor är. Det är mer förekommande att män insjuknar i stroke än kvinnor och majoriteten som insjuknar i stroke är oftast 85 år eller äldre (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Riskfaktorer

Det finns flera riskfaktorer som ligger till grund för att insjukna i stroke, som exempelvis medicinska faktorer som hyperlipidemi och högt blodsocker samt även livsstilsfaktorer som brist på fysisk motion, dåliga matvanor, övervikt och hög alkoholkonsumtion (Sakakibara, Kim & Eng, 2017). Två andra riskfaktorer för att insjukna i stroke är hypertoni och rökning (Clare, 2017). Forskning visade att patienter med förmaksflimmer har större risk att insjukna i stroke än patienter utan förmaksflimmer (Clare, 2017).

Konsekvenser efter stroke

Symtomen vid stroke kan variera utifrån vilken del av hjärnan som blivit drabbad, men de vanligaste symtomen är känselbortfall av ena kroppshalvan i ansikte, arm och ben. Andra symtom som kan uppstå är afasi och dysfagi, förvirring, synproblem, samt svårigheter med mobiliteten då förmågan med balansen och koordinationen ofta försämras vid stroke (WHO, 2018b). Patienten kan få problem med övergående dysartri då talorganen innerveras dubbelsidigt (Grönberg, 2017). Minnet kan bli nedsatt och det är oftast korttidsminnet som påverkas. Upplevelse av svårigheter med

humörsvängningar och fatigue är också förekommande hos patienter som insjuknat i stroke (Hjärt-Lungfonden, 2018). Neglect är också förekommande hos patienter som insjuknat i stroke (Maxton, Dineen, Padamsey & Munshi, 2013). Forskning visar även på att sexualiteten och den sexuella hälsan påverkas hos den strokedrabbade patienten. Patienter som insjuknat i stroke upplever att den sexuella funktionaliteten är betydelsefull i en relation och mellan 73–85% av patienterna upplever att de efter sin stroke har samlag mer sällan eller att de helt upphört med att ha samlag. Orsakerna till de minskade sexuella aktiviteterna beror delvis på minskad psykologisk funktion till följd av neurologisk nedsättning samt fysisk funktionsnedsättning vilket exempelvis kunde vara utmattning (Hall, 2013).

När en patient insjuknar i stroke innebär detta en omställning samt en psykisk påfrestning för den drabbade. Olika emotionella reaktioner kan uppkomma efter en stroke och exempel på reaktioner kan vara förnekande av sjukdom, förtvivlan, misstänksamhet, irritabilitet och aggressivitet. En del patienter kan också få problem med personlighetsförändring. Dessa tillstånd kan dock förbättras i takt med att patienten börjar återhämta sig. En del patienter kan få problem med smärta och den drabbade kan även ha en känsla av dysfori (Hjärt-lungfonden, 2018; Casey, 2018). Det är betydande att ta hänsyn till det psykiska tillståndet hos en strokepatient eftersom det kan ge sjuksköterskan information om patientens tillstånd. Sjuksköterskan ska föra en dialog om, med både patienten och dess anhöriga, att dessa symtom är vanliga hos strokepatienter och att det blir bättre med tiden samt att tillståndet kan lindras med hjälp av medicinering och allmänt stöd (Hjärt-lungfonden, 2018).

Behandling

Vid behandling av stroke är tiden en avgörande faktor. Dels för att behandling ska påbörjas så fort som möjligt för att minska skadorna men dels för att öka chansen att kunna återställa de skador som redan uppkommit i hjärnan. När patienten anländer till sjukhuset sker en datortomografiundersökning av hjärnan för att se var skadan är belägen samt för att avgöra om den stroke som inträffat är orsakad av en propp eller en blödning. Vid proppbildning påbörjas trombolysbehandling för att lösa upp proppen och behandlingen ska påbörjas inom 4,5 timmar efter insjuknandet för att få optimal effekt. Trombolysbehandling kan inte användas om det förekommit en blödning eller om risk för blödning föreligger (Rosengren, 2016; Peng et al., 2017). En annan behandling är trombektomi som är ett ingrepp där proppen avlägsnas (Socialstyrelsen, 2017). Var det en blödning som skett, genomförs ett kirurgiskt ingrepp för att minska trycket som uppstått i hjärnan (Larsson, 2015). För att minska risken för recidiv sätts läkemedelsbehandling bestående av trombocythämmare in. Andra läkemedel kan kombineras med detta beroende på vad som bedöms behövas. Ett exempel är blodtryckssänkande läkemedel (Peng et al., 2017).

Omvårdnad

En bra omvårdnad vid stroke är avgörande för återhämtningen hos patienten. Ett stabilt team som arbetar mot samma mål är en betydande del för patientens vård och detta team kan bestå av läkare, sjuksköterska, undersköterska, dietist, arbetsterapeut, logoped, kurator och fysioterapeut (Bjartmarz, Jónsdóttir & Hafsteinsdóttir, 2017). Patienten ska i den mån det går behandlas och återhämtas på en specialiserad vårdavdelning som är inriktad mot stroke för att patienten ska få möjlighet till bästa vård av vårdpersonal som besitter kunskap som behövs vid denna sjukdom, med syfte att minska att komplikationerna inte blir för omfattande (Watkins et al., 2012).

Sjuksköterskan har en nyckelroll i rehabiliteringen av strokepatienter. Hänsyn till olika psykosociala behov har en betydande del i omvårdnaden av stroke samt att ge rätt stöd till att kunna förbättra olika copingstrategier hos patienten, vilka är faktorer sjuksköterskan har i uppdrag att bidra med (Kirkevold, Bronken, Martinsen & Kvigne, 2012). Sjuksköterskan har dessutom en betydande roll att erbjuda möjlighet till stöttning vid träning mellan de ordinarie terapitillfällena då omfattande träning krävs för att patienterna ska kunna återhämta sig optimalt (Bjartmarz et al., 2017). Sjuksköterskan ska vara lyhörd och uppmärksam på hur patienten mår, då patienten står inför en omställning som påverkar hela dennes liv och är avgörande faktorer för att vården ska bli så bra som möjligt. En faktor som kan påverka patientens liv kan vara att hantera vardagliga aktiviteter och 25–74% av patienterna behöver hjälp från sina anhöriga med dessa aktiviteter, som att äta eller att förflyttas, för att kunna klara av att utföra sina aktiviteter i det dagliga livet (Bjartmarz et al., 2017).

Livet efter stroke

Insjuknandet i stroke innebär en förändrad situation både för patienten och dess anhöriga. Första månaderna och ibland under hela första året efter stroke, är träning av olika funktioner något patienten är tvungen att sysselsätta sig med för att kunna återfå de funktioner som blivit nedsatta. I samband med detta är det betydande att sjukvårdspersonalen som arbetar med patienten motiverar denne till att träna samt att se till att anhöriga får vara delaktiga i återhämtningen. Träning för att återuppbygga de skador som uppstått efter stroke är betydande och patienten är det främsta verktyget (Hjärt-lungfonden, 2018). Det är inte enbart träningen som förändrar patientens liv utan själva vardagen förändras också. Att inte kunna sköta sig själv utan vara beroende av någon, att inte kunna arbeta samt även det sociala nätverket blir påverkat och aktiviteter och intressen blir svårare att utföra (Moorley, Cahill & Corcoran, 2016). Det finns flera aspekter som påverkar vardagen och som i sin tur leder till att patienten har svårt att uppleva livskvalitet. Det är betydelsefullt att patienten har någon att samtala med, både en professionell men även någon anhörig. Förståelse för att livet inte kan återgå till som det varit, utan att det behöver byggas upp på nytt igen så att det fungerar utifrån nya förutsättningar, är en betydande faktor (Moorley, et al., 2016).

Hälsa

World Health Organization definierar hälsa som ett tillstånd där *fysiska, psykiska och sociala* faktorer påverkar välbefinnandet. En annan aspekt av hälsobegreppet är att varje människa har rätt till sin egen religion, politiska åsikter och ekonomiska förutsättningar, vilket kopplas till ett *existentiellt* välbefinnande. Hälsa behöver inte innebära frånvaro av sjukdom (WHO, 2014). Psykiskt välbefinnande och hälsa kan beskrivas som vårt sätt att tänka, umgås med andra, försörja sig och att vilja leva. Sociala, psykologiska och biologiska faktorer påverkar den psykiska hälsan och att utsättas för press, stress och sjukdom kan påverka den psykiska hälsan och välbefinnandet (WHO, 2018b). Det sociala välbefinnandet inom hälsa påverkas av var människan bor och arbetar. Yttre faktorer som ekonomisk situation och resurser globalt, internationellt och lokalt påverkar den enskilda människans sociala välbefinnande och hälsa (WHO, 2018d). Stöd från familj, vänner och samhället är delar av den sociala hälsan och välbefinnandet (WHO, 2018d). Den fysiska hälsan påverkas av samhällets yttre faktorer och att ha en säker arbetsplats ger en upplevelse av hälsa. Att ha ett arbete och kunna arbeta ses också som en del av den fysiska hälsan och

välbefinnandet (WHO, 2018d). Enligt WHO är hälsa en mänsklig rättighet för alla (WHO, 2017).

Nordenfelt (1987) beskriver hälsa ur ett holistiskt perspektiv vilket innebär att människan bör ses som en helhet. Psykologiskt och sociologiskt är begrepp som används inom det holistiska perspektivet och exempel inom dessa begrepp är välbefinnande, smärta, depression, förmåga, anpassningsförmåga och funktionsnedsättning. Människan är intresserad av det holistiska perspektivet av sig själv vilket kan ses genom att människan ställer frågor utifrån en helhet av sitt liv. Att ha en sjukdom behöver inte innebära att människan inte upplever hälsa, utan hälsa och sjukdom måste ställas mot varandra (Nordenfelt, 1987).

Livskvalitet kan definieras som individens egna upplevelse av var i livet hen befinner sig, men är också beroende av samhällets struktur och den sociala omgivningen och det påverkas av vad individen själv anser är livskvalitet och vilka faktorer denne anser påverkar ett gott välbefinnande. Det kan vara att patienten känner sig frisk och har god hälsa både fysiskt och psykiskt (WHO, 2018e).

Fysisk hälsa och välbefinnande

Den fysiska hälsan och välbefinnande påverkas av yttre faktorer och att kunna arbeta ses som en del av det fysiska (WHO, 2018d). Den fysiska hälsan inkluderar att patienten har den fysiska förmågan till att kunna röra på sig och att inte vara bunden till någon eller något (Pettersson, Ahlström & Törnquist, 2007). Upplevelse av att ha energi samt vitalkapacitet för att kunna lyckas med fysiska utmaningar är en väsentlig faktor för att patienten ska kunna uppleva hälsa. Förutsättningar för att hitta en balans mellan att vila och arbeta och att kunna anpassa sig till samhällets olika krav, är en väsentlig del för att kunna uppleva fysisk hälsa. Andra faktorer som också påverkar hur den fysiska hälsan upplevs hos patienten, är möjligheten att kunna få i sig tillräckligt med föda och olika näringsämnen, där inte bara den fysiska aspekten spelar in utan även olika psykiska aspekter (Saylor, 2003). Arbetet anses ha sådan påverkan på patienternas liv att det är en avgörande aspekt för många som insjuknar i stroke, speciellt hos de yngre patienterna, att kunna återgå till sitt arbete för att återigen kunna uppleva livskvalitet. Arbetet ger patienterna mening med livet och är inte enbart en arbetsplats då det också kan vara en betydande del av patienternas sociala liv; då de gör något som de tycker är roligt och som de är duktiga på samt att de känner att de är till nytta. Kännedom om möjlighet att kunna återgå till sitt arbete kan bidra till att ekonomiska oroligheter försvinner, vilket ledde till att patienterna kunde uppleva livskvalitet och få ett bättre välbefinnande (Vestling, Ramel & Iwarsson, 2005).

Psykisk hälsa och välbefinnande

Den psykiska hälsan och välbefinnande kan påverkas av yttre faktorer som inte alltid kan påverkas av individen själv. Det kan definieras som att vilja leva och att umgås med andra (WHO, 2018b). Känsla av livskvalitet och välbefinnande är en del av att uppleva sig ha en god hälsa (Saylor, 2003). Faktorer som påverkar livskvalitet är att personen har emotionellt välmående genom att ha energi till att klara olika mentala utmaningar i vardagen och att kunna använda copingstrategier samt uppleva glädje och tillfredsställelse i olika sammanhang. Att ha en god sömn, att kunna slappna av samt att kunna ägna sig åt rekreation är också en väsentlig del av att uppleva psykisk hälsa (Saylor, 2003). Vad patienten har för värderingar och vad den tror på är också något som påverkar patientens upplevelse av psykisk hälsa. Socialt välbefinnande är också

en aspekt gällande att uppleva psykisk hälsa; att patienten är trygg i den miljön den befinner sig i och med de människor som finns runtomkring den (WHO, 2018c).

Social hälsa och välbefinnande

Den sociala hälsan och välbefinnandet kan definieras utifrån påverkan av yttre faktorer som inte alltid kan påverkas av individen själv (WHO, 2018d). Likaså att ha ett socialt nätverk bestående av familj och vänner är en del av den sociala hälsan men även samhället har en del i denna sociala hälsan (WHO, 2018d). En nära och god relation till familj och vänner och att kunna vara aktiv i sociala sammanhang och aktiviteter samt uppleva samhörighet, är avgörande för den sociala hälsan och välbefinnandet. För en del patienter är det också betydande att vara självständig för att uppleva livskvalitet och välbefinnande (Pettersson et al., 2007). En väsentlig faktor är att patienten känner livskvalitet i samband med sjukvård och sjukdom och det är då vårdpersonalens ansvar att undersöka om patienten känner livskvalitet och om denne inte gör det ska vårdpersonalen erbjuda hjälp för att patienten återigen ska kunna uppleva välbefinnande och livskvalitet (WHO, 2018c).

Existentiell hälsa och välbefinnande

Enligt WHO (2014) ingår religion, politiska åsikter och ekonomiska förutsättningar i begreppet hälsa. Något som ingår i att uppleva livskvalitet är att känna hopp och under svåra omständigheter blir individen ofta mer varse om hoppet och känner det därmed starkare. Hopp innebär att individen inte vill ge upp utan känner en drivkraft att fortsätta kämpa och om hoppet inte längre finns kvar, kan detta få individen att uppleva meningslöshet och att livet inte längre är värt att leva (Edberg & Wijk, 2009). Det finns olika faktorer som kan påverka känslan av hopp hos en patient som insjuknat i stroke och några av dessa faktorer är chock, sorg, förtvivlan samt tankar på att sjukdomen skulle förändras. Speciellt påverkad blir känslan av hopp om sjukdomen skulle ta en oväntad vändning och strokepatienter påverkas av att nå en punkt där deras förbättring skulle stagnera (Soundy, Stubbs, Freeman, Coffee & Roskell, 2014). Olika spirituella och religiösa aspekter kan påverka hur patienten upplever sin hälsa genom att de känner mening och syfte med livet på en existentiell nivå (Saylor, 2003).

Stroke och välbefinnande

Stroke är en framstående orsak till funktionsnedsättning för människor i världen. Av patienterna som vårdas på sjukhus efter stroke får 45% åka direkt hem och 32% av dessa får sedan stöttning i hemmet i form av exempelvis hemtjänst. Av patienterna får 24% åka vidare till rehabiliteringscenter medan 31% åker vidare till särskilt boende där de får professionell hjälp dygnet runt av olika yrkesprofessioner (Aslani, Alimohammadi, Taleghani & Khorasani, 2016). Det är därför inte ovanligt att sjuksköterskan möter patienter med stroke med bestående funktionsnedsättningar och därför är det en betydelsefull kunskap att veta hur de påverkar patienternas liv och livskvalitet, för att kunna stötta och vägleda dem i att uppleva livskvalitet utefter vad livskvalitet innebär för just dem. Det finns forskning som visar på att antalet överlevande efter stroke ökar och stroke har oftast en negativ inverkan på patienternas liv och livskvalitet (Casey, 2018). Välbefinnande är en del av att uppleva hälsa och är en aspekt i omvårdnaden som bör tas hänsyn till (Saylor, 2003). Eftersom patienter som insjuknat i stroke ofta behöver omfattande stöttning, rehabilitering och omvårdnad, är en väsentlig faktor att se till och klargöra faktorer som påverkar livet

efter stroke samt olika faktorer som främjar hälsa och välbefinnandet hos patienter som insjuknat i stroke.

Syfte

Syftet var att beskriva hur patienter upplevde hälsa och välbefinnande efter stroke.

Material och metod

Design

Studien genomfördes som en litteraturöversikt för att få en överblick över forskningen som fanns. Sedan analyserades objektivt artiklarnas resultat. Artiklar med kvalitativ ansats användes och sammanställdes då det var patienternas upplevelse av hälsa och välbefinnande som skulle undersökas. Deduktiv ansats användes då litteraturöversikten utgick ifrån en vald modell utifrån begreppet hälsa. Begreppet har funnits med som en röd tråd under hela arbetets gång (Henricson & Billhult, 2017).

Urval och datainsamling

Till att börja med genomfördes en översiktssökning om ämnet som valts för att se hur underlaget såg ut och för att få fram relevanta sökord som kunde relateras till denna litteraturöversikts syfte och ämne (Friberg, 2017). För att få fram relevanta sökord togs hjälp av en bibliotekarie på Jönköping University. Sökord som ansågs lämpliga att använda för att kunna finna artiklar som svarade mot syftet, "Att beskriva hur patienter upplevde hälsa och välbefinnande efter stroke", var *stroke*, *quality of life*, *patient**, *life quality*, *life qualit**, *experience**, *perception**, *qualitative*, *well-being*, *factors*, *attitude* och *view*. Boolesk sökteknik användes för att begränsa sökningarna och få relevanta resultat, operator som använts var AND, OR och NOT. Trunkering användes vid sökningarna för att få fram ordens olika böjningsformer (Östlundh, 2017). Sedan gjordes den riktiga sökningen där relevanta artiklar valdes ut utifrån deras titel och abstract (Friberg, 2017). Efter att ha funnit artiklar som var lämpliga att använda, kvalitetsgranskades de enligt ett framtaget protokoll av Jönköping University se (bilaga 2) för att få en överblick om artiklarna som valts ut hade hög kvalitet. Protokollet består av två delar, på del ett skulle artiklarna få fyra poäng av fyra möjliga och på del två skulle artiklarna få sju poäng av åtta möjliga. Alla artiklar var tvungna att få godkänt på den etiska frågan för att bli inkluderade. Protokollet granskade artiklarnas syfte, resultat, metod, etiska överväganden, resultatdiskussion och metoddiskussion. I samband med kvalitetsgranskningen hade hela artikeln lästs igenom. Granskade och utvalda artiklar redovisades i en sökmatrix se (bilaga 1). Inklusionskriterier som användes under sökning av artiklar var att de skulle vara vetenskapligt granskade och att de skulle ha en kvalitativ ansats, de skulle vara på engelska och peer-reviewed, artiklarna skulle vara etiskt godkända. Artiklar som var äldre än 10 år kom att exkluderas. Artiklar där patienter under 18 år hade varit delaktiga exkluderades. Sökningar planerades att göras i databaserna Cinahl och Medline som var de databaser som var mest inriktade mot omvårdnadsforskning, vilket var det område som litteraturöversikten gjordes inom och därmed blev de databaserna mest relevanta att använda (Polit & Beck, 2012).

Dataanalys

Det första som genomfördes vid analysen av artiklarna var att de 12 utvalda artiklarna lästes igenom flera gånger för att en känsla och uppfattning om vad artiklarna handlar om skulle erhållas. Artiklarna lästes i sin helhet utan att egna värderingar lades in i texten. I detta moment var det störst fokus på artiklarnas resultat. Enligt Friberg (2017) genomförs en artikelmatris på de artiklarna som ingår i analysen, i syfte att få en tydlig översikt över artiklarna och deras innehåll, se (bilaga 3) (Friberg, 2017). Då litteraturöversikten har en deduktiv ansats har analysen följt ett deduktivt analysätt. Begreppet hälsa och de fyra indelningarna av hälsa: fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt fick ett eget dokument för att tydligt kunna föra in fynden under respektive kategori (Elo & Kyngäs, 2008). När artiklarna hade analyserats i sin helhet började analyseringen av vad i artiklarnas resultat som svarar på litteraturöversiktens syfte och som förklarar begreppet hälsa. Fynden som identifierades ströks under med överstrykningspenna så att de blev tydligt utmärkta och var lätta att hitta igen vid nästa genomläsning (Friberg, 2017). Genomläsning av de utvalda artiklarnas resultat skedde av båda studenterna till litteraturöversikten för att minska risken att något missades eller feltolkades. Genomläsningen skedde först enskilt och sedan tillsammans och då fördes en diskussion om de fynd som identifierats. När artiklarnas resultat hade analyserats och fynden hade identifierats fördes de in under passande kategori och likheter och olikheter mellan fynden identifierades och sammanställdes under kategorierna, utifrån begreppet hälsas innebörd och kategoriernas innebörd (Elo & Kyngäs, 2008). När allt hade sammanställts var det dags att presentera analysen i resultatet. Det gjordes en tydlig struktur utifrån begreppet hälsa och kategorierna (Elo & Kyngäs, 2008).

Etiska överväganden

Då studien utfördes som en litteraturöversikt var det inte nödvändigt att få ett godkännande av den etiska kommittén för att utföra den. Däremot hade de vetenskapliga artiklar som använts krav på sig att de skulle vara etiskt godkända eller att de hade ett etiskt förhållningssätt och en tydlig förståelse för den etiska aspekten (Ejlertsson, 2012). Ett etiskt förhållningssätt användes genom att eventuella etiska problem som kunde uppstå diskuterades samt att artiklarna objektivt granskades och egna värderingar och åsikter undveks att läggas in (Kjellström, 2017). En annan aspekt var att andras artiklar respekterades och att inte egna tolkningar gjordes, men att hänsyn togs till att egna tolkningar kunde förekomma då artiklarna som granskades var på engelska och därför kunde en del innebörder försvinna i översättningen. En väsentlig faktor vid forskning var att ta hänsyn till människors rättigheter och att de aldrig på något sätt fick kränkas för sin personlighet eller sina olikheter, vilket har tagits i beaktning vid läsning och användning av forskning som har använts i denna litteraturöversikt. Att artiklarna bestod av frågeställningar som var betydelsefulla och till nytta för både samhälle, profession och individ var också ett krav (Kjellström, 2017). Denna litteraturöversikt har studerat ett utbrett område som var av vikt att studera då stroke både drabbade patienten som insjuknar samt andra personer i dennes omgivning och det var också av värde för vårdprofessioner att ta del av informationen för att kunna förbättra vården för denna patientgrupp. Hänsyn har tagits gällande till att endast patienter över 18 år studerats då §18 i lagen om etikprövning av forskning som avsåg människor understryker att vårdnadshavare till

personer under 18 år skulle informeras om de skulle komma att studeras (Riksdagen, 2003).

Resultat

Resultatet redovisades med hjälp av det valda begreppet hälsa som har delats in i de fyra kategorierna psykiskt, fysiskt, socialt och existentiellt. Relevant information utifrån syftet och begreppet hälsa som har identifierats vid analysen av de tolv utvalda artiklarna presenterades under passande kategori. Indelning av artikeltitlarna under respektive kategorier kan ses i tabell 1.

Tabell 1 – Översikt av indelning av kategorierna i de respektive artikeltitlarna.

Artikeltitlar	Fysiskt	Psykiskt	Socialt	Existentiellt
Sense of well-being 10 years after stroke. Brunborg, B. & Ytrehus, S. (2014).	X	X	X	
Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. Taule, T., Strand, I. L., Skouen, S. J & Råheim, M. (2015).	X	X	X	X
A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships. Lynch, B. E., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, J. C., Perez, L & Cella, D. (2008).	X		X	X
Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme. Beesley, K., White, H. J., Alston, K. M., Sweetapple, L. A. & Pollack M. (2011).	X	X	X	
Work-aged stroke survivors psychosocial	X	X	X	

challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study. Martinsen, R., Kirkevold, M., Bronken Arnesveen, B. & Kvigne, k. (2013).				
The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke. Thompson, H & Ryan, A. (2009).	X	X	X	
Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke. Pallesen, H. (2014).	X		X	
Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? Robison, J., Wiles, R., Ellis-Hill, C., McPherson, K., Hyndman, D., & Ashburn, A. (2009).	X	X	X	
Fatigue after stroke: manifestations and strategies. Kirkevold, M., Christensen, D., Anderssen, G., Johansen Paaske, S., & Harder, I. (2012).	X	X		
Survivors' perspective of life after stroke. da Silva, J. K., da Silva Carvalho Vila, V., Ferreira Martins Ribeiro, M., & Vandenberghe, L. (2016).		X		X
Living at home with eating difficulties following stroke: a	X	X		

phenomenological study of younger people's experiences. Klinke, E. M., Hafsteinsdóttir, B. T., Thorsteinsson, B., & Jónsdóttir, H.				
The journey to recovery: experiences and perceptions of individuals following stroke. Ahuja, S. S., Clark, S., Morahan, E. M., Ono, M., Mulligan, H., & Hale, L. (2013).		X	X	

Fysisk hälsa och välbefinnande

Efter stroke hade fatigue en nämnvärd negativ påverkan, som att patienterna upplevde sig orkeslösa och inte hade någon energi kvar till att delta i eller utföra aktiviteter. Patienterna upplevde att det tog längre tid för dem att genomföra olika aktiviteter och de blev snabbare trötta efter stroke än vad de blev innan, vilket gjorde att de var tvungna att utveckla knep som att exempelvis ta korta vilopauser för att kunna hantera situationen och få mer energi (Robison et al., 2009; Kirkevold et al., 2012). Patienterna upplevde att det var väsentligt att hitta andra aktiviteter som passade deras funktionsnedsättningar för att kunna hantera sin förändrade kropp och den förändrade vardagen, vilket ledde till välbefinnande (Lynch et al., 2008; Brunborg & Ytrehus, 2014). Att hitta nya aktiviteter efter stroke upplevdes ge patienterna ett meningsfullt liv (Pallesen, 2014). Relaterat till funktionsnedsättningarna upplevde patienterna att deras kropp var opålitlig och påtvingad, vilket tvingade dem att anpassa sitt liv efter det. Vissa patienter blev exempelvis inaktivare och var mer hemma än tidigare. Funktionsnedsättningarna påverkade deras spontanitet och att vara impulsiva då det framkallade stress som gjorde dem trötta och de undvek därför att umgås med sina vänner (Pallesen, 2014). Patienterna upplevde att de kunde påverka sin hälsa genom hälsosam kost för att undvika viktuppgång som påverkade mobiliteten (Klinke, Hafsteinsdóttir, Thorsteinsson & Jónsdóttir, 2014). Stroke medförde att patienterna fick insikt och ny kunskap om hur förändrade hälsovanor kunde minska risken för en ny stroke. Patienterna blev mer medvetna om fysisk aktivitet, matvanor och bruk av alkohol och cigaretter och vilken effekt de hade (Brunborg & Ytrehus, 2014). De upplevde att de hade mindre intresse för deras utseende och personliga hygien vilket kunde bero på konsekvenser efter stroke, som dreglande och ansiktssymmetri (Thompson & Ryan, 2009). Stroke gjorde att de upplevde sig som en annan människa på grund av funktionsnedsättningarna och att en del av deras personliga kvaliteter hade ersatts av andra som påverkade dem positivt (Robison et al., 2009). Fysiska konsekvenser, som yrsel och balanssvårigheter, sågs som ett hinder för att kunna utföra aktiviteter, vilket gav dem mindre självkänsla men också möjligheter att prova på nya aktiviteter som passade till deras nya kropp och även teknologi gav dem möjligheter att utvecklas (Robison et al., 2009). Patienter som deltog i konstaktiviteter upplevde svårigheter att utföra dessa på grund av funktionsnedsättningar men det gav dem också insikt i deras fysiska förmågor och hur de kunde använda dem på andra sätt (Beesley, White, Alston, Sweetapple & Pollack, 2011). Patienterna upplevde att tillräcklig kunskap och hjälp gällande fysisk och

kognitiv träning samt minnesinläring var bristande och hade därför problem med rehabilitering. Det upplevdes av patienterna att de kände sig trygga och hjälpta av vårdpersonal men önskade mer stöttning i att nå deras mål. Vårdpersonal som lyssnade, visade empati och var kunniga underlättade rehabiliteringen. Vårdpersonal som inte lyssnade och som var för krävande kunde påverka rehabiliteringen negativt (Taule, Strand, Skouen & Råheim, 2015). Arbetet hade en betydande del i patienternas sociala liv och patienter som ville återgå till arbetet men inte kunde hade svårt att hitta sin plats i samhället. En annan aspekt som spelade in var att patienter som hade den försörjande rollen upplevde sig tvungna att återgå till arbetet för att kunna försörja och ta hand om sin familj (Martinsen, Kirkevold, Bronken Arnesveen & Kvigne, 2013; Robison et al., 2009). Möjlighet att kunna arbeta var betydande för att uppleva hälsa och ha en mening i livet och att inte kunna men att vilja arbeta, kunde leda till identitets- och livsstilsförändringar och det upplevdes då nödvändigt att sysselsätta sig med annat (Beesley et al., 2011; Lynch et al., 2008).

Psykisk hälsa och välbefinnande

Patienterna hade svårigheter att greppa huruvida de fortfarande var värda att bli älskade av familj och vänner och utifall de var värda respekt från sina kollegor trots deras förändrade kropp (Taule et al., 2015). Att acceptera sina förutsättningar var en del av patienternas liv för att kunna hantera och leva med dem (Ahuja et al., 2013). Trots att patienterna var omgivna av människor som de tyckte om och var omtyckta av, fanns känslor som depression, ensamhet och de upplevde sig miserabla och drog sig undan från familj och vänner. Negativa känslor och minskat självförtroende gjorde att patienterna upplevde sig isolerade (Beesley et al., 2011). Frustration och tristess upplevde patienterna som känslor som blev mer påtagliga när de hade svårt att delta i aktiviteter eller när de inte kunde återgå till tidigare aktiviteter (Brunborg & Ytrehus, 2014; Robison et al., 2009). Patienterna upplevde svårigheter gällande att förstå och tolka sina känslor efter stroke och de menade på att de kunde leva bättre när de kunde hantera sina känslor (Taule et al., 2015). Känslor som uppstod mer frekvent efter att ha insjuknat i stroke var irritation, agitation och intolerans och trots medvetenhet om känslorna upplevdes de svåra att kontrollera och gick ofta ut över partner och familj, vilket ledde till skuldkänslor och minskad självkänsla (Thompson & Ryan, 2009). Patienterna upplevde att låg självkänsla var vanligt förekommande, vilket kunde härledas till funktionsnedsättningarna efter stroke (Taule et al., 2015; da Silva, da Silva Carvalho Vila, Martins Ribeiro & Vandenberghe, 2016). Patienterna upplevde att insjuknandet i stroke innebar livsförändrade vanor vilket gjorde det svårt för dem att återgå till sina gamla liv och att känna sig normala samt bibehålla sin individualitet (Thompson & Ryan, 2009; Kirkevold et al., 2012). Självsäkerheten minskade hos patienterna då de hade svårt att anpassa sig till det nya livet och inte vågade prova nya aktiviteter eller vara en del av samhället (Beesley et al., 2011). Patienterna upplevde att det var betydande för dem att träffa och umgås med andra i samma situation, då de kunde uppskatta sina framsteg och se att de inte var ensamma (Beesley et al., 2011). Det fanns en rädsla att förlora sina vänner då patienterna efter stroke led av utmattning och inte kunde delta på samma sätt längre (Martinsen et al., 2013). Konflikter i familjen upplevdes som ett problem efter stroke och det berodde ofta på patientens förändrade humör och att de hade svårt att förklara sin situation men också för att partnern eller barnen var otåliga gentemot patienten, vilket påverkade måendet hos patienten negativt (Martinsen et al., 2013). Risken att bli beroende av andra för att utföra dagliga aktiviteter, som att behöva stöd vid exempelvis ätandet, skapade oro hos patienterna (da Silva et al., 2016). Problem med ätsvårigheter hade påverkan på patienternas liv, som ensamhet och isolering, och kunde gå så långt som att patienter

som var sociala innan stroke utvecklade social fobi (Klinke et al., 2014). När patienterna åt tillsammans med andra uppkom beteenden som inte var socialt acceptabla och patienterna undvek därför att äta med andra människor (Klinke et al., 2014). En del patienter önskade stöd men hade svårt att be om det (Klinke et al., 2014). Insjuknandet i stroke påverkade hälsan och välmåendet genom att sjukdomen blev som en resa för att upptäcka sitt nya jag. Uppsättande av mål underlättade hanteringen av stroke och de förändringar med kroppen som skedde (Ahuja et al., 2013). Olika psykiska aspekter, gällande exempelvis att fortsätta framåt, kunde inkludera frustration, respons från samhället och negativa och positiva attityder gentemot stroke samt motivation till att hjälpa sig själv (Ahuja et al., 2013). Inläring var något konstant och väsentligt för att lära sig om sina begränsningar och att hantera dem, för att kunna hantera sitt nya jag. Acceptans och medvetenhet om att patienterna inte kunde delta i alla aktiviteter var en avgörande faktor för att acceptera sin livssituation och för att lättare känna glädje. En positiv attityd, motivation och ett bra stöd var faktorer som bidrog till att patienterna upplevde egenförmåga medan negativa tankar och dåliga reaktioner från samhället hindrade patienternas förmåga att ha kontroll över sitt liv (Ahuja et al., 2013). Mental fatigue var ett tillstånd som patienterna inte hade upplevt innan men som blev förekommande efter stroke och som hade en inverkan på patienternas liv (Kirkevold et al., 2012). Minskad eller ingen sexlust alls upplevdes av patienterna som ett problem för deras välbefinnande, vilket berodde på att det fanns en rädsla för en ny stroke. Patienterna upplevde att de hade samlag mer sällan än innan sin stroke och då de hade samlag hade patienterna ingen lust men kände sig skyldiga att ha samlag för partners skull (Thompson & Ryan, 2009).

Social hälsa och välbefinnande

Patienterna upplevde att rollerna som man och fru förändrades och istället blev till en relation som patient och vårdare. Känslan av att vara gift försvann då patienterna och deras partner upplevde sig mer som vänner (Robison et al., 2009). Sociala aktiviteter och olika fritidsintressen var väsentliga faktorer för en patients liv och identitet. Att inte kunna återgå till sina aktiviteter gjorde att patienterna inte kunde uppfylla de roller som de tidigare haft. Majoriteten av patienterna upplevde att de kunde fortsätta med värdefulla aktiviteter efter stroke men de patienter som levde ensamma var mer benägna att utföra olika aktiviteter (Robison et al., 2009). En anledning till att patienterna upplevde att relationerna minskade var att patienterna upplevde att deras hem var det enda stället de kände sig trygga på och hade svårigheter att lämna sin trygga plats (Thompson & Ryan, 2009). Sociala relationer, gällande både partner och vänner, var av betydande roll för patienten för att uppleva välbefinnande. Det sociala nätverket genererade meningsfulla aktiviteter. Umgänge med familj, vänner och grannar lyftes fram av flera patienter som något som hade ökat efter att de insjuknat i stroke (Brunborg & Ytrehus, 2014) medan andra patienter upplevde att de blev mindre involverade i sociala situationer, vilket de trodde var kopplat till deras funktionsnedsättningar men de upplevde också det berodde på att deras bekanta såg på dem annorlunda och inte behandlade dem på samma sätt som tidigare (Pallesen, 2014). Patienterna upplevde att relationer med nära vänner minskade efter stroke av olika anledningar, som att de inte kunde återgå till arbetet eller valde att inte återgå (Pallesen, 2014) vilket skapade en känsla av att vara isolerade från omgivningen (Beesley et al., 2011). Patienterna upplevde att stroke påverkade deras sociala relationer med sina partners eller barn då det skapade stress i relationerna och det kunde i värsta fall leda till att kontakten bröts helt. En faktor som var avgörande gällande det sociala stödet var att patienterna upplevde sig självständiga; de uppskattade då de fick hjälp av familj och vårdgivare men kände sig obekväma med att

vara beroende av andras hjälp (Lynch et al., 2008). Patienterna upplevde tacksamhet gentemot sina anhöriga och deras stöd men de kunde även upplevas som en börda (Ahuja et al., 2013). Patienterna kämpade med att fortsätta vara en del av sin egen familj då de inte upplevde sig som samma person som tidigare och hade svårare att utföra aktiviteter som innan deras stroke (Martinsen et al., 2013). Möjligheten att inte längre kunna vara den förälder som de tidigare varit och inte kunna ta hand om sina barn, gjorde att patienterna upplevde sig exkluderade från sin familj. Partnern fick ofta ta det större ansvaret vad gällde att ta hand om barnen och att försörja familjen. Det sociala nätverket blev också lidande då patienterna inte längre hade orken att vara delaktiga (Martinsen et al., 2013). Det var en betydande aspekt för patienterna att kunna återgå till att kunna köra bil igen då det var en avgörande faktor för att kunna upprätthålla sina dagliga aktiviteter och sitt sociala liv. De patienter som inte kunde återgå till att köra bil på grund av sina funktionsnedsättningar upplevde att deras självständighet blev hotad (Robison et al., 2009). En del patienter upplevde att rehabiliteringen som erbjöds inte var tillräcklig medan vissa inte uppskattade rehabiliteringen på grund av situationen de befann sig i och inte på grund av vårdteamet (Ahuja et al., 2013). Patienterna upplevde att vårdpersonal inte hade intresse i att stötta patienterna i deras sociala liv vilket kunde ses genom att träning i grupp erbjöds i mindre utsträckning än att träna själv, då sociala interaktioner blev lidande (Taule et al., 2015). I en konstaktivitet upplevde patienterna att en väsentlig faktor var att ledarna hade kunskap om att arbeta med strokepatienter och att de såg patienterna som personer och inte som den sjukdom de hade (Thompson & Ryan, 2009). Patienterna upplevde att samhället inte kunde ge dem det stöd som de upplevde att de behövde och skulle vilja se fler grupper där patienter med stroke kunde delta. De yngre strokepatienterna upplevde att samhället var mer fokuserat på stöttning när det gällde strokepatienter i högre ålder än för de i yngre ålder (Beesley et al., 2011). Vissa patienter upplevde att samhället inte var snabba nog att installera hjälpmedel i patienternas hem vilket medförde att de hade en rädsla att lämna hemmet eftersom de var rädda att falla. En del patienter som levde ensamma skulle känna sig tryggare om de hade någon som stöttade dem när de skulle lämna hemmet för att utföra olika aktiviteter. Patienterna upplevde att det var nödvändigt för dem att anpassa sig till olika hinder som fanns i samhällsmiljön (Robison et al., 2009).

Existentiell hälsa och välbefinnande

En religiös tro eller spiritualitet var en väsentlig del i hanteringen av sjukdomen och den nya livssituationen och det hjälpte patienterna att gå vidare. Patienterna upplevde att det fanns en oro att det skulle uppstå andra komplikationer på grund av sjukdomen, som exempelvis att dö (da Silva et al., 2016). En religion att sätta sin tilltro till beskrevs som en copingstrategi som uppkom efter stroke för att kunna hantera sin nya sjukdom (Lynch et al., 2008). Återhämtning efter stroke hade en påverkan på en existentiell och emotionell nivå till följd av att leva med en förändrad kropp där hopp blev en drivande faktor för att kunna förstå sin situation. Patienterna hade hopp för att kunna fortsätta med aktiviteter som de utförde innan stroke. Faktorer som upplevdes av patienterna för att kunna uppleva hopp var att förstå sig på sin förändrade kropp och de emotionella reaktioner som uppstod, men det kunde också vara svårt att uppleva hopp och att veta vad patienterna vågade hoppas på. Det fanns en rädsla hos patienterna att insjukna i en ny stroke och patienterna upplevde att de hade funderingar gällande livet och döden (Taule et al., 2015). Insjuknandet i stroke skapade en dramatisk och oväntad vändning i patienternas liv och framkallade känslor som hopplöshet, rädsla och att inte kunna tyda symtomen eller hur de skulle hantera symtomen när de uppkom (da Silva

et al., 2016). Patienterna upplevde att vårdpersonalen hade en huvudroll i att inge hopp hos dem under rehabiliteringen (Taule et al., 2015).

Diskussion

Metoddiskussion

Att använda deduktiv ansats ger litteraturöversikten en tydlig struktur (Henricson & Billhult, 2017) men det ger också begränsningar i att tolka artiklarna då det ska kopplas till begreppet hälsa. Det underlättade att använda det valda begreppet hälsa som en röd tråd under hela arbetet då det gav litteraturöversikten en tydlig struktur att utgå ifrån. Men det gav också begränsningar i att tolka artiklarna då det var tvunget att kunna kopplas till begreppet hälsa. Det fanns data i artiklarna som var svåra att kategorisera utifrån begreppet hälsa och det kan därför ses som en svaghet att använda hälsa som begrepp. Därför kan en induktiv ansats ses som ett bättre alternativ, då artiklarna hade tolkats mer fritt och datan som var svår att identifiera hade kunnat få en egen kategori (Henricson, 2017).

För att få en tydligare översikt av patienternas upplevelse bör det finnas kriterier om att artiklarna till resultatet ska vara inom samma tidsperiod efter patienterna har insjuknat i stroke. Det valda begreppet hälsa är ett lämpligt begrepp för att fånga patienternas upplevelser eftersom att hälsobegreppet är mångdimensionellt och kan relateras till flera olika begrepp vilket ger möjlighet till en omfattande förståelse för patienternas liv (Wärnå-Furu, 2017). Kategorin om det existentiella perspektivet var dock svår att samla data om då det inte finns mycket forskning om den faktorn inom hälsa. Data från de olika artiklarna har valts ut och kategoriserats utifrån begreppet hälsa som är litteraturöversiktens teoretiska begrepp (Henricson, 2017). Då en kvalitativ metod används kan patienternas egna upplevelser fångas (Henricson & Billhult, 2017), dock tas beaktning till att resultatet är baserat på ett litet antal artiklar och resultatet kan därför inte impliceras på alla patienter.

För att få fram relevanta sökord till litteraturöversiktens syfte togs hjälp från en bibliotekarie på Jönköping University. Samma artiklar återkom under olika sökordskombinationer, vilket visade på sensitivitet och specificitet gällande den metod som valdes i litteraturöversikten (Henricson, 2017). De inklusionskriterier och exklusionskriterier som användes begränsade sökningarna men gav relevanta sökningsresultat av artiklar (Billhult, 2017). För att artiklarna som användes skulle vara av hög kvalitet granskades de enligt ett granskningsprotokoll se (bilaga 2), vilket också tillförde en tillförlitlighet till litteraturöversiktens innehåll (Henricson, 2017). Databaserna Cinahl och Medline användes för att hitta artiklar som var relevanta för forskning inom omvårdnad (Polit & Beck, 2012) men i Medline hittades inga artiklar som klarade granskningsprotokollet och utbud på artiklar som svarade på syftet var magert, se (bilaga 1). Då artiklarna kom från olika länder kunde det påverka trovärdigheten då detta är en svensk litteraturöversikt. Samtidigt var resultatet överförbart till viss mån då stroke generellt sätt påverkar olika människor på likvärdiga sätt (Henricson, 2017).

Analysen genomfördes utifrån Friberg (2017) och Elo & Kyngäs (2008) vilket kan ses som en styrka att stödja analysen på två olika referenser för att bredda och få ut det mesta av analysen av de utvalda artiklarna. En svaghet i analysen kan ses i att de

utvalda artiklarna lästes först enskilt av de två studenterna till litteraturöversikten och diskussion kring problem och funderingar som uppstod i samband med analyseringen diskuterades inte med en gång. Avvägningen av hur fynden ska kategoriseras genomfördes genom att ta hänsyn till vad begreppet hälsa innebär och vad de olika kategorierna inom hälsa, fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt innebär. Fördelen är att fynden som presenterades kan kopplas tydligt till begreppet hälsa. Men det ger också en svaghet då all data ur artiklarna inte tas med då det inte kan kopplas till begreppet hälsa (Elo & Kyngäs, 2008).

Att vara två som arbetar styrker arbetet genom att diskussion kring etik, översättning och förståelse kan föras under hela arbetets gång. En annan faktor som stärker litteraturöversiktens trovärdighet är att handledningsgruppen ger feedback på hur den skrivs (Henricson, 2017). En förförståelse gällande hur stroke påverkar patienternas vardagliga liv finns inte men det finns däremot finns en förförståelse för hur stroke påverkar olika fysiska funktioner. Erfarenheter och värderingar har lagts åt sidan för att det inte ska påverka resultatet men en medvetenhet finns att de kan påverka omedvetet (Priebe & Landström, 2017). Hänsyn tas även till den etiska aspekten genom att de artiklar som används till resultatet beskriver att de har ett etiskt förhållningssätt i sin forskning. Det finns en risk att det sker misstolkningar vid läsning av artiklarna då de är på engelska.

Resultatdiskussion

Flera olika aspekter framkommer utifrån patienternas upplevelser om hur stroke påverkar deras hälsa och välbefinnande, därför väljs centrala fynd ut från varje kategori, fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt, från resultatet och diskuteras och jämförs med andra studier. Begreppet hälsa är det som används som begrepp och diskussionen kommer föras utifrån det.

Fysisk hälsa och välbefinnande

Patienternas upplevelse i resultatet är att arbetet har en betydande roll i deras liv då det är en del av det sociala nätverket. Patienter som inte kan gå tillbaka och arbeta upplever att de förlorar sin plats i samhället. Schwarz, Claros-Salinas & Streibelt (2018) visar på att stroke är en förekommande orsak till att patienterna har svårare att återgå till sina arbeten eller förlorar dem helt. I resultatet upplever patienterna att inte kunna återgå till arbetet eller patienter som väljer att inte återgå, upplever att relationer med nära vänner minskar vilket ger dem en känsla av att vara isolerade. För patienterna innebär arbetet att uppleva hälsa och ha en mening med livet och att inte kunna arbeta kan leda till identitets- och livsstilsförändringar, vilket medför att sysselsättning med annat är nödvändigt. Vestling et al., (2005) menar på att arbetet för många patienter har en betydande roll i deras liv och det är väsentligt att kunna återgå till arbetet för att uppleva livskvalitet. För en del patienter är arbetet inte bara ett arbete utan det är också en del av deras sociala liv.

Psykisk hälsa och välbefinnande

Forskning påvisar att stroke har en psykisk påverkan hos patienten då det är en krävande omställning som kan framkalla emotionella reaktioner, som förnekande av sjukdom, förtvivlan, misstänksamhet, irritabilitet, aggressivitet och förtvivlan (Hjärt-lungfonden, 2018; Casey, 2018). Detta upplevs av patienterna att svårigheter med känslor uppkommer oftare än vad de gjorde innan stroke, som att patienten blir arg,

irriterad, mindre tolerant och trots medvetenhet om känslorna är de svåra att hantera. Frustration och tristess är också känslor som upplevs i samband med att de inte kan delta i aktiviteter. Carlsson, Moller & Blomstrand (2009) stödjer detta då deras artikel påvisar att patienterna har svårigheter att kontrollera sina känslor efter att ha insjuknat i stroke och det påverkar det psykiska välbefinnandet. I resultatet upplever patienterna minskad eller ingen sexlust alls vilket påverkar deras välbefinnande eftersom det finns en rädsla att insjukna i en ny stroke. Upplevelsen hos patienterna är att de hade samlag mer sällan efter stroke och när de har samlag var det inte för deras egen skull utan för partners. Hall (2013) artikel visar på att patienterna tycker att den sexuella funktionaliteten är betydelsefull i relationen men de upplever att de har mindre samlag eller att det upphört helt efter stroke. Orsaker kan vara minskad psykologisk funktion eller fysisk funktionsnedsättning, exempelvis utmattning. Kniepmann och Kerr (2018) menar på att sexualitet och intimitet har en positiv påverkan på livskvaliteten. På grund av olika funktionsnedsättningar som fatigue, svaghet och problem med lust blir sexualitet och intimitet påverkat negativt efter stroke.

Social hälsa och välbefinnande

Det framkommer i resultatet att patienterna upplevde att de sociala relationerna minskade efter deras stroke samt att sociala relationer, gällande både partner och vänner, var av betydande roll för patienten för att uppleva välbefinnande. Enligt Pettersson et al., (2007) innefattar en nära och god relation till både familj och vänner samt att känna samhörighet, en del av den sociala hälsan och välbefinnandet. Fyndet stöds av Anderson & Whitfield (2013) som menar på att många som insjuknat i stroke upplever att deras relationer minskat drastiskt med andra människor än sina familjemedlemmar och att endast relationer med de allra närmsta vänner ibland kan bestå (Anderson & Whitfield, 2013). Att patienterna kan fortsätta delta i de aktiviteter de tidigare ägnat sig åt, är också betydande för att de skulle uppleva social hälsa och uppleva välbefinnande (Pettersson et al., 2007). Resultatet visade på att majoriteten av patienterna upplevde att de kunde fortsätta med värdefulla aktiviteter efter stroke men de som levde ensamma var mer benägna att utföra olika aktiviteter. Jellema et al., (2017) visar på att stroke har en negativ effekt hos patienter när det gäller att fortsätta med värdefulla aktiviteter vilket i sin tur skapar upplevelse av nedsatt välbefinnande. Det är därför betydande att rehabiliteringen är fokuserad på att patienterna ska kunna återgå till gamla aktiviteter eller hitta nya värdefulla aktiviteter för att uppleva välbefinnande (Jellema et al., 2017).

Existentiell hälsa och välbefinnande

I det existentiella resultatet är hopp, hopplöshet och religion centrala fynd. Hopp är en drivande faktor för patienterna att förstå sin situation. För att kunna uppleva hopp upplevde patienterna att de var tvungna att förstå sin kropp och de emotionella reaktioner som uppstår. Svårigheter gällande att uppleva hopp och veta vad patienterna vågar hoppas på belyses också. Soundy et al., (2014) påvisar att hopp påverkas av olika känslor och huruvida det sker förändringar i sjukdomstillståndet. Edberg & Wijk (2009) menar på att en känsla av hopp är avgörande för att patienterna ska kunna uppleva livskvalitet och vid svårigheter blir hoppet mer påtagligt. Upplever patienterna hopplöshet kan livet upplevas som meningslöst. Hopp är en betydande del i rehabiliteringen då det erbjuder patienterna motivation och styrka att nå sina mål och att inte uppleva hopp gör att patienterna har mer fokus på de hinder som problemen medför än på att hantera problemen vilket påverkar livskvaliteten negativt (Western,

2007). I resultatet framkommer det att vårdpersonalen har en betydande roll gällande att inge hopp i rehabiliteringen. Johnstone, Glass & Oliver (2007) visar på att religion kan hjälpa patienterna att hantera sin sjukdom och få nya mål i livet och det hjälper även patienterna att få bättre självkänsla och att lättare hantera sin nya situation. Det är dock betydande att respektera att inte alla patienter sätter sin tilltro till religion utan att de hanterar sin situation på olika sätt. I resultatet framkommer det att patienterna upplever att det är betydelsefullt för dem att ha en tro för att kunna hantera sin sjukdom och sin nya situation och för att kunna gå vidare. Saylor (2003) menar på att religion kan ha en påverkan på hur patienten upplever sin hälsa, känsla av mening samt syfte med livet.

Slutsatser

Denna litteraturöversikt visar att kunskap om hur stroke påverkar patientens hälsa och välbefinnande är väsentligt för att kunna erbjuda rätt vård och rehabilitering. Det ger även insikt i vad patienten själv anser är ett hinder och att arbeta utifrån vad patienten anser är livskvalitet och välbefinnande för den. Litteraturöversiktens resultat belyser att insjuknandet i stroke har en påverkan både på patientens och dess närståendes liv. Det sker en plötslig och oväntad vändning i deras liv som de behöver bearbeta för att kunna hantera sin livssituation. Den visar på att mobiliteten har en hämmande effekt för patienten att kunna leva sitt liv och uppleva livskvalitet men även det sociala livet blir påverkat, både positivt och negativt. Att hantera sina känslor, sin nya vardag och sin nya livssituation är en utmaning för patienten och det är där sjuksköterskans roll blir betydande. Samhällets nytta av denna litteraturöversikts resultat och slutsatser är att vid en förståelse av hur stroke påverkar patientens hälsa och välbefinnande kan rehabilitering och åtgärder formos utifrån att patienten ska kunna återgå till sitt gamla liv och vara en del av samhället igen.

Kliniska implikationer

Att som sjuksköterska besitta denna kunskap kan ses som ett verktyg för att kunna ge rätt och personlig vård utifrån patienten, dess livssituation och dennes syn på hur stroke påverkar dens liv. Det är betydande att ha förståelse för att alla förändringar inte är negativa utan att de även kan leda till något positivt. Patienten är själv en tillgång i den vårdprocess denne genomgår. Att stötta, vägleda och att erbjuda rätt vård för att patienten ska kunna rehabiliteras både fysiskt och psykiskt samt även finnas som ett stöd för de anhöriga, är andra faktorer sjuksköterskan behöver ta hänsyn till. Det är betydelsefullt för sjuksköterskan att vara medveten om hur stroke påverkar patienten, varför den påverkar patienten och vilka förväntningar patienten har på vården. Det är också en vägledning för sjuksköterskan att besitta denna kunskap just för att kunna erbjuda den bästa vården för varje individ. Det behövs mer forskning inom detta område, dels för att förstå hur det påverkar patientens liv men också för att belysa och få bredare förståelse för sjuksköterskans roll och vad för kunskap sjuksköterskan bör besitta för att kunna erbjuda rätt vård för patienten. Tillsammans med sjuksköterskan kan patienten uppleva hälsa och välbefinnande efter stroke om det finns lyhördhet, respekt och ett samarbete mellan involverade partner.

Referenser

Referenser märkta med en stjärna (*) är resultatartiklar.

*Ahuja, S. S., Clark, S., Morahan, E. M., Ono, M., Mulligan, H., & Hale, L. (2013). The journey to recovery: experiences and perceptions of individuals following stroke. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 41(1), 36–43. Hämtad från: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=c8h&AN=108000575&site=ehost-live>

Anderson, S., & Whitfield, K. (2013). Social identity and stroke: “they don’t make me feel like, there’s something wrong with me.” *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 820–830. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/j.1471-6712.2012.01086.x>

Aslani, Z., Alimohammadi, N., Taleghani, F., & Khorasani, P. (2016). Nurses' Empowerment in Self-Care Education to Stroke Patients: An Action Research Study. *International Journal Of Community Based Nursing & Midwifery*, 4(4), 329–338. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0a25d31a-8deo-4afc-8e83-4ad94f730fc4%40sessionmgr4007>

*Beesley, K., White, J. H., Alston, M. K., Sweetapple, A. L., & Pollack, M. (2011). Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme. *Disability & Rehabilitation*, 33(23/24), 2346–2355. doi:10.3109/09638288.2011.571333

Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 265–273). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.

Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 161–17. doi:10.1186/s12912-017-0262-y

*Brunborg, B., & Ytrehus, S. (2014). Sense of well-being 10 years after stroke. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(7/8), 1055–1063. doi:10.1111/jocn.12324

Buijck, B. I., Zuidema, S. U., Spruit-van Eijk, M., Bor, H., Gerritsen, D. L., & Koopmans, R. T. (2014). Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation. *Aging & Mental Health*, 18(8), 980–985. doi:10.1080/13607863.2014.899969

Carlsson GE, Moller A, & Blomstrand C. (2009). Managing an everyday life of uncertainty - a qualitative study of coping in persons with mild stroke. *Disability & Rehabilitation*, 31(10), 773–782. Hämtad från: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=c8h&AN=105359453&site=ehost-live>

Casey, G. (2018). Understanding stroke. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 24(2), 20–24. Hämtad från

<http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=0a25d31a-8deo-4afc-8e83-4ad94f730fc4%40sessionmgr4007>

Clare, C. S. (2017). The role of community nurses in stroke prevention. *Journal Of Community Nursing*, 31(1), 54–58. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=0a25d31a-8deo-4afc-8e83-4ad94f730fc4%40sessionmgr4007>

Dąbrowska-Bender, M., Milewska, M., Gołębek, A., Duda-Zalewska, A., & Staniszevska, A. (2017). The Impact of Ischemic Cerebral Stroke on the Quality of Life of Patients Based on Clinical, Social, and Psychoemotional Factors. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 26(1), 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.08.036>

*da Silva, J. K., da Silva Carvalho Vila, V., Martins Ribeiro, M. F., & Vandenberghe, L. (2016). Survivors' perspective of life after stroke. *Revista Eletronica De Enfermagem*, 181-10. doi:10.5216/ree.v18.34620

Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.). (2009). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur AB.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. (2., moderniserade och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Insjuknande i stroke*. Hämtad 7 mars, 2018, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/insjuknande-i-stroke/>

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats-Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.129–139). Lund: Studentlitteratur AB.

Grönberg, A. (2017). *Afasi, dysartri, dysfagi - vård och bemötande*. Hämtad 5 september, 2018, från <http://www.varhandboken.se/Texter/Afasi-dysartri-dysfagi-var-doch-bemotande/Oversikt/>

Hall, J. (2013). Sexuality and stroke: the effects and holistic management. *British Journal Of Nursing*, 22(10), 556–559. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=0a25d31a-8deo-4afc-8e83-4ad94f730fc4%40sessionmgr4007>

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). *Kvalitativ metod*. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s.111–119). Lund: Studentlitteratur.

Hjärt-lungfonden. (2018). Hämtad 28 februari, 2018, från <https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Stroke/Livet-efter-stroke/>

Jaromin, J., Tomaszewska, A., Waluś, A., Pelan, M., Śleziona, M., & Graf, L. (2017). Nurses' Opinion on Nursing Problems in the Care of Patients after Stroke. *Journal Of Neurological & Neurosurgical Nursing*, 6(2), 73–80. doi:10.15225/PNN.2017.6.2.4

Jellema, S., van Hees, S., Zajec, J., van der Sande, R., Nijhuis- van der Sanden, M. W. G., & Steultjens, E. M. J. (2017). What environmental factors influence resumption of valued activities post stroke: a systematic review of qualitative and quantitative findings. *Clinical Rehabilitation*, 31(7), 936–947. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/0269215516671013>

Johnston, M., Pollard, B., Morrison, V., & MacWalter, R. (2004). Functional limitations and survival following stroke: psychological and clinical predictors of 3-year outcome. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(4), 187–196. Hämtad från

<http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=0a25d31a-8deo-4afc-8e83-4ad94f730fc4%40sessionmgr4007>

Johnstone, B., Glass, B.A. & Oliver, R.E. (2007). Religion and disability: clinical, research and training considerations for rehabilitation professionals. *Disability & Rehabilitation*, 29(15), 1153–1163. Hämtad från <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie.ip,uid&db=c8h&AN=105970674&site=ehost-live>

Kirkevold, 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(4), 386–397. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.006

*Kirkevold, M., Christensen, D., Andersen, G., Johansen, S. P., & Harder, I. (2012). Fatigue after stroke: manifestations and strategies. *Disability & Rehabilitation*, 34(8), 665–670. doi:10.3109/09638288.2011.615373

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod-Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.

*Klinke, M. E., Hafsteinsdóttir, T. B., Thorsteinsson, B., & Jónsdóttir, H. (2014). Living at home with eating difficulties following stroke: a phenomenological study of younger people's experiences. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(1/2), 250–260. doi:10.1111/jocn.12401

Kniepmann, K., & Kerr, S. (2018). Sexuality and Intimacy Following Stroke: Perspectives of Partners. *Sexuality & Disability*, 36(3), 219–230. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1007/s11195-018-9531-2>

Larsson, C. (2015). Sahlgrenska Universitetssjukhuset-Operation vid stroke. Hämtad 7 mars, 2018, från <https://www.sahlgrenska.se/w/o/operation-vid-stroke1/>

*Lynch, E., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C., Perez, L., & Cella, D. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 518–523. DOI: 10.2340/16501977-0203

*Martinsen, R., Kirkevold, M., Bronken Arnesveen, B. & Kvigne, K. (2013). Work-aged stroke survivors psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study. *Biomed Central nursing* 12(1), 1–10. Hämtad från <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/134606/Martinsen%20et%20al.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Maxton, C., Dineen, R. A., Padamsey, R. C., & Munshi, S. K. (2013). Don't neglect 'neglect'- an update on post stroke neglect. *International Journal of Clinical Practice*, 67(4), 369–378. doi: 10.1111/ijcp.12058

Moorley, C. R., Cahill, S., & Corcoran, N. T. (2016). Life after Stroke: Coping mechanisms among African Caribbean Women. *Health & Social Care In The Community*, 24(6), 769–778. doi:10.1111/hsc.12256

Nordenfelt, L. (1987). *On the nature of health: an action-theoretic approach*. Holland: D. Reidel publishing company.

*Pallesen, H. (2014). Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke. *Disability & Rehabilitation*, 36(3), 232–241. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.788217>

Peng, J., Liu, Z., Luo, C., Chen, L., Hou, X., Xiao, L., & Zhou, Z. (2017). Treatment of Cervical Artery Dissection: Antithrombotics, Thrombolysis, and Endovascular Therapy. *Biomed Research International*, 1–6. doi:10.1155/2017/3072098

Pettersson, I., Ahlström, G., & Törnquist, K. (2007). The value of an outdoor powered wheelchair with regard to the quality of life of persons with stroke: a follow-up study. *Assistive Technology*, 19(3), 143–153. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=0a25d31a-8deo-4afc-8e83-4ad94f730fc4%40sessionmgr4007>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 25–42). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.

Riksdagen. (2003). *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 6 september, 2018, från <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som-sfs-2003-460>

*Robison, J., Wiles, R., Ellis-Hill, C., McPherson, K., Hyndman, D., & Ashburn, A. (2009). Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? *Disability & Rehabilitation*, 31(19), 1555-1566. doi:10.1080/09638280802639327

Rosengren, L. (2016). *Sahlgrenska Universitetssjukhuset-Trombolys vid stroke*. Hämtad 7 mars, 2018, från <https://www.sahlgrenska.se/w/t/trombolys-vid-stroke/>

Sakakibara, B., Kim, A., & Eng, J. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis on Self-Management for Improving Risk Factor Control in Stroke Patients. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 24(1), 42-53. doi:10.1007/s12529-016-9582-7

Saylor, C. (2003). Health redefined: a foundation for teaching nursing strategies. *Nurse Educator*, 28(6), 261-265. Hämtad från <https://oce-ovid.com.proxy.library.ju.se/article/00006223-200311000-00007/HTML>

Schwarz, B., Claros-Salinas, D., & Streibelt, M. (2018). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 28-44. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2>

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid stroke*. Hämtad 7 mars, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20618/2017-5-13.pdf>

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 & Rehabilitation*, 21(5), 210-218. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=0a25d31a-8deo-4afc-8e83-4ad94f730fc4%40sessionmgr4007>

* 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.1219

*Thompson, H., & Ryan, A. (2009). The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(12), 1803-1811. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02694.x

Vestling, M., Ramel, E., & Iwarsson, S. (2005). Quality of life after stroke: well-being, life satisfaction, and subjective aspects of work. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 12(2), 89-95. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=0a25d31a-8deo-4afc-8e83-4ad94f730fc4%40sessionmgr4007>

Watkins, C. L., Leathley, M. J., Chalmers, C., Curley, C., Fitzgerald, J. E., Reid, L., & Williams, J. (2012). Promoting stroke-specific education. *Nursing Standard*, 26(39), 35-40. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=0a25d31a-8deo-4afc-8e83-4ad94f730fc4%40sessionmgr4007>

Western H. (2007). Neurological nursing. Altered living: coping, hope and quality of life after stroke. *British Journal of Nursing*, 16(20), 1266–1270. Hämtad från: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=c8h&AN=105945661&site=ehost-live>

WHO. (2014). *Basic documents*. Hämtad 8 januari, 2019, från <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>

WHO. (2018a). *Global burden of stroke*. Hämtad 14 mars, 2018, från http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf?ua=1

WHO. (2017). *Health is a fundamental human right*. Hämtad 7 januari, 2019, från <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/en/>

WHO. (2018b). *Mental health: strengthening our response*. Hämtad 8 januari, 2019, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WHO. (2018c). *Stroke, Cerebrovascular accident*. Hämtad 7 mars, 2018, från http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

WHO. (2018d). *The determinants of health*. Hämtad 8 januari, 2019, från <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

WHO. (2018e). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Hämtad 15 mars, 2018, från <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

Wärnå-Furu, C. (2012). Hälsa. Bergbom, I., & Wiklund Gustin, L. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp: I teori och praktik* (s. 158-171). Lund: Studentlitteratur AB.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats-Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.59–82). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor

Bilaga 1

Sökningar som gjorts i databasen Cinahl (Peer Reviewed, English Language, Published Date: 2008–2018)

Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Artiklar till kvalitetsgranskning	Artiklar till resultatet
2018-09-19	(MH "Stroke") AND well-being OR quality of life AND patient NOT nursing NOT caregiver NOT family members OR relatives AND qualitative	35	35	12	2	2
2018-09-19	(MH "Stroke") AND quality of life AND factors AND patient	382	382	30	1	0
2018-09-19	(MH "Stroke") AND quality of life AND factors AND patient AND qualitative	28	28	7	6	1
2018-09-19	(MH "Stroke")	46	46	15	1	0

	AND quality of life AND factors AND patient AND experience					
2018-09-19	(MH "Stroke") AND quality of life AND factors AND patient AND perception	21	21	5	1	0
2018-09-19	(MH "Stroke") AND well- being AND patient	76	76	21	2	2
2018-09-19	Stroke AND quality of life AND experience AND qualitative	49	49	5	1	1
2018-09-19	(MH "Quality of life") AND stroke AND experience	89	89	10	3	1
2018-09-19	Stroke AND qualitative AND experience * OR perspectiv e* OR view OR perception OR attitude	606	300	25	4	4
2018-09-19	Life quality OR quality of	27	27	4	1	0

	life OR well being AND stroke AND feeling*					
2018-09-19	Stroke AND qualitative AND well-being OR wellbeing OR well being	69	69	5	1	0
2018-09-19	Stroke AND life quality OR quality of life OR well being + qualitative	143	143	12	2	1

Sökningar som gjorts i databasen Medline (English Language, Published Date: 2008–2018)

Datum	Sökord	Antal träffar	Läst a titlar	Lästa abstrakt	Artiklar till kvalitetsgranskning	Artiklar till resultat
2018-09-18	Stroke AND well-being OR quality of life AND patient NOT caregiver AND qualitative	125	125	10	2	0

Bilaga 2

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel:

Författare:

Årtal:

Tidskrift:

Del I.

Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning?	Ja	Nej
Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet?	Ja	Nej
Är syftet relevant till ert examensarbete?	Ja	Nej
Är urvalet beskrivet?		Ja
Nej		

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II

Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod?	Ja	Nej
Hänger metod och syfte ihop? (Kvalitativt syfte – kvalitativt metod)	Ja	Nej
Beskrivs datainsamlingen?		Ja
Nej		
Beskrivs dataanalysen?	Ja	Nej
Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ ställningstagande?	Ja	Nej
Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen?		Ja
Nej		
Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?		
	Ja	Nej
Skер återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen?		Ja
	Nej	

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....
.....
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....
.....
.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....
.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign:

**Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i
Jönköping/henr**

Bilaga 3

Författare/ År/ Land	Titel	Syfte	Design & metod/ Antal/ Kvinnor/män	Huvudfynd	Kvalitet
Ahuja, S. S., Clark, S., Morahan, E. M., Ono, M., Mulligan, H., & Hale, L. (2013). Nya Zeeland.	The journey to recovery: experiences and perceptions of individuals following stroke	Syftet med studien var att identifiera och diskutera upplevelserna, uppfattningarna och utmaningarna som står inför de som lever med stroke, för att kunna ge olika hälsoprofessioner en inblick i resan mot tillfrisknandet som följer insjuknandet i stroke.	Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer. 11 deltagare varav 10 var män och 1 var kvinna.	Huvudfynd som framkom var: Resan till mitt nya jag, Att fortsätta framåt; upp- och nedgångarna samt En stor inlärningskurva; ett helt nytt liv.	12/12

<p>Beesley, K., White, H. J., Alston, K. M., Sweetapple, L. A. & Pollack M. (2011). Australien.</p>	<p>Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme.</p>	<p>Denna studies syfte var att kvalitativt undersöka stroke-överlevares upplevelser som bor i gruppboende av att medverka i en hälso-konstgrupprogram och möjliga hälsofördelar gällande livskvalitet och välbefinnande.</p>	<p>Kvalitativ design. Grounded theory. Fokusgrupper och intervjuer. 11 deltagare, varav 4 var män och 7 var kvinnor.</p>	<p>3 olika huvudteman: Erfarenheter av stroke, Fördelar av konst och Fördelar av gruppkonstellationer.</p>	<p>12/12</p>
<p>Brunborg, B. & Ytrehus, S. (2014). Norge.</p>	<p>Sense of well-being 10 years after stroke</p>	<p>Syftet var att beskriva faktorer som stödjer subjektivt välbefinnande i ett långtidsperspektiv på 10 år efter stroke.</p>	<p>Kvalitativ design. Djupgående intervjuer. Fenomenologisk-hermeneutisk. 9 deltagare, varav 5 var kvinnor och 4 var män.</p>	<p>Huvudteman som framkom var: Personliga kännetecken som underlättar en positiv anpassning till den nya situationen, Nya meningsfulla aktiviteter, Nya hälsosamma vanor, Sociala nätverk och familj, Ekonomiska resurser och Allmän hjälp.</p>	<p>11/12</p>

<p>da Silva, J. K., da Silva Carvalho Vila, V., Ferreira Martins Ribeiro, M., & Vandenberghe, L. (2016). Brasilien.</p>	<p>Survivors' perspective of life after stroke</p>	<p>Syftet med studien var att förstå meningen med upplevelsen av sjukdom från perspektivet av 8 personer som överlevt stroke.</p>	<p>Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer och kvalitativ temagranskning. 8 deltagare varav 3 var män och 5 var kvinnor.</p>	<p>Huvudfynd i studien var följande: Upplevelsen av stroke genererar i negativa känslor som rädsla för döden, Funktionsnedsättning, Förlust av autonomi och oduglighet gällande arbete. Socialt stöd från familj och Religion som en grundläggande faktor för att kunna klara av förändringar i det vardagliga livet samt Upplevd inkompetens av deltagarna gentemot sjukvårdsnätverket.</p>	<p>11/12</p>
---	--	---	--	--	--------------

<p>Kirkevold, M., Christensen, D., Anderssen, G., Johansen Paaske, S., & Harder, I. (2012). Danmark.</p>	<p>Fatigue after stroke: manifestations and strategies</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva hur fatigue upplevs av personer som överlevt stroke, hur de förstår och hanterar fatigue och hur fatigue påverkar deras dagliga liv.</p>	<p>Kvalitativ design. Intervjustudie som del av en större longitudinell studie. 32 deltagare varav 15 var män och 17 var kvinnor.</p>	<p>Huvudfynd som presenterades i artikeln var följande: Trötthet som en vanligt förekommande företeelse i vardagen och Fatigue som ett tillstånd i livet efter stroke.</p>	<p>12/12</p>
--	--	---	---	--	--------------

<p>Klinke, E, M., Hafsteinsdóttir, B, T., Thorsteinsson, B., & Jónsdóttir, H. (2014). Island.</p>	<p>Living at home with eating difficulties following stroke: a phenomenological study of younger people's experiences.</p>	<p>Syftet med studien var att utforska och beskriva upplevelsen av att äta och svårigheter relaterade till att äta hos överlevare av stroke som bor hemma.</p>	<p>Kvalitativ design. Beskrivande fenomenologi. 7 deltagare varav 2 var kvinnor och 5 var män.</p>	<p>Huvudfynd i studien var följande: Bevarande av värdigheten genom att inte framföra allvarliga problem, Att vara uppmärksam på kroppsliga begränsningar, Att gå ut ur säkerhetszonen samt Att gå vidare utan att gå miste om något</p>	<p>12/12</p>
---	--	--	--	--	--------------

<p>Lynch, B. E., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, J. C., Perez, L & Cella, D. (2008). USA.</p>	<p>A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships</p>	<p>Syftet var att identifiera olika dimensioner av livskvalitet som är viktiga för människor efter stroke för att kunna stödja utvecklingen av en sjukdoms-specifik HRQL-mätning för stroke.</p>	<p>Kvalitativ design. Fenomenologi. Intervju. 15 deltagare, 9 patienter och 6 vårdare. 5 män och 4 kvinnor ingick i patientgruppen och 1 man och 5 kvinnor ingick i vårdargruppen.</p>	<p>Huvudteman: Sociala relationer och Individnivå teman. Subteman: social support, Kommunikation, Självständighet, Rollförändringar, Fysiska funktioner, Copingstrategier.</p>	<p>11/12</p>
---	--	--	--	--	--------------

<p>Martinsen, R., Kirkevold, M., Bronken Arnesveen, B. & Kvigne, k. (2013). Norge.</p>	<p>Work-aged stroke survivors psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study</p>	<p>Syftet med studien var att upplysa psykosociala svårigheter hos deltagare som är i arbetsålder som de tematiserar före och efter deltagande i en dialog-baserad psykosocial intervention under det första året efter stroke.</p>	<p>Kvalitativ design Djupgående intervjuer. Hermeneutisk-fenomenologisk. 14 deltagare varav 11 var män och 3 var kvinnor.</p>	<p>Huvudtema: Hotet mot att bli marginaliserad i familjelivet och Hotet mot att bli marginaliserad i arbetslivet. Subtema: Att ha tappat omsorgsrollen, Inte kunna vara med i familjeaktiviteter, Vara tvungen att lämna arbetet och Svårt att hantera förväntningar på arbetet.</p>	<p>11/12</p>
--	--	---	---	--	--------------

<p>Pallesen, H. (2014). Danmark.</p>	<p>Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke.</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera hur individer ser sig själva, hur de uppfattar olika associerade funktionsnedsättningar samt hur de hanterar livet efter stroke i ett långsiktigt perspektiv.</p>	<p>Kvalitativ design. Enkätstudie. 15 deltagare och i 5 av intervjuerna deltog även nära familjemedlemmar.</p>	<p>Huvudtema: Kroppsliga upplevelser med subtema: Den opålitliga och den "tvunget närvarande" kroppen, Ny kroppslig obekvämlighet och emotionella reaktioner: Oro och ångest gentemot försämring. Coping med subtema: Ge upp och Kämpande mot de olika hindren och hitta nya möjligheter. Ett förändrat liv med subtema: Att leva ett inaktivare, mer strukturerat liv hemma samt Ny väg av ett ledande liv: Ett hälsosammare och mindre stressfullt liv</p>	<p>12/12</p>
--------------------------------------	--	---	--	--	--------------

<p>Robison, J., Wiles, R., Ellis-Hill, C., McPherson, K., Hyndman, D., & Ashburn, A. (2009). Storbritannien.</p>	<p>Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps?</p>	<p>Syftet med studien var att utveckla en förståelse för vad som hjälper eller hindrar återupptagandet av värdefulla aktiviteter upp till 12 månader efter stroke.</p>	<p>Kvalitativ design. Prospektiv observationsstudie. Semistrukturerade intervjuer. Deltagarna var 19 personer med stroke samt 8 informella vårdgivare.</p>	<p>Huvudfynd i artikeln var följande: Fysiskt eller kognitivt handikapp, Påverkan av omgivningen, Anpassning från individens håll, Stöd från livskamrat samt Professionellt stöd.</p>	<p>12/12</p>
--	--	--	--	---	--------------

<p>Taule, T., Strand, I. L., Skouen, S. J & Råheim, M. (2015). Norge.</p>	<p>Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka mild till måttlig strokeöverlevares upplevelse av rehabilitation i hemmet efter en tidig hemgång från sjukhus.</p>	<p>Kvalitativ design. Fenomenologi. Intervjuer. 8 deltagare, varav 4 män och 4 kvinnor.</p>	<p>Ett huvudtema framkom: Hopp för ett som är värt att leva och två subteman: Traumat efter en förändrad kropp: förstå sig på känslomässiga reaktioner och Möten med professionella: utmaningen att ägna sig åt ömsesidig trohet.</p>	<p>12/12</p>
---	--	---	---	---	--------------

<p>Thompson, H & Ryan, A. (2009). Irland.</p>	<p>The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka vilken påverkan konsekvenser efter stroke har på förhållandet mellan makar utifrån personen med strokes perspektiv.</p>	<p>Kvalitativ design. Djupgående intervjuer. Fenomenologi. 16 st deltagare, blandat män och kvinnor.</p>	<p>Fyra kategorier framkom: Delning av sig själv som person före och efter stroke, Sexualitet, sexuell funktion och längtan, Upplevd förlust av kontroll och Stroke - en livsförändrande händelse.</p>	<p>11/12</p>
---	---	--	--	--	--------------