



# **Sjuksköterskans stödjande funktion till strokepatienter i kris**

**- en litteraturstudie**

**Författare: Johanna Jansson och Anna Jönsson**

**Handledare: Maj-Lott Carlsson**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I**

**Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01 H2**

**Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur**

**April 2004**

**Arbetets titel:** Sjuksköterskans stödjande funktion till strokepatienter i kris  
- en litteraturstudie  
The supportive function of the nurse for strokepatients in  
crises – a case study in literature

**Författare:** Johanna Jansson och Anna Jönsson

**Handledare:** Maj-Lott Carlsson

**Institution:** Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur. Högskolan i  
Trollhättan/Uddevalla

**Arbetets art:** Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupnings nivå I

**Antal sidor:** 35

**Kurs:** Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01 H:2

**Datum:** April 2004

---

## ABSTRACT

Stroke signifies a clog or bleeding in one of the blood vessels located in the brain. An injury in this area can result in functional as well as cognitive impairments for the affected individual. These impairments can drive the individual subject into a state of psychological crisis involving a personal transition, which the patient will have difficulties dealing with due to lack of prior personal experience of such an ordeal. The purpose of this study was to account for how the nurse can offer support to a patient who has suffered a stroke, from the perspective of interaction theory. The method of this study involved literary analyses, collecting data thorough systematic research as well as examining various articles. From this research emerges the result that the nurse, through instructional procedures, can engage the patients themselves to take an active part in their own care. This research has shown that the most valid recipe for successful teaching is a well functioning communicative relationship between nurse and patient. What also became evident from this investigation was the difficulty of making a distinction between cognitive symptoms and crisis related reactions. The four concepts; relation, communication, information/education and rehabilitation are individually significant in their own right; in symbiosis, however, they offer a correlated unity of support for the patient.

---

**Keywords:** communication, crises, nursing, relationship, stroke

**Nyckelord:** kommunikation, kris, omvårdnad, relation, stroke

## **INNEHÅLL:**

<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
<b>Sjuksköterskans kompetensområde</b>	1
<b>Centrala begrepp</b>	2
<b>Omvårdnad</b>	2
<b>Allmän/Specifik omvårdnad</b>	2
<b>Sjuksköterskans stödjande funktion</b>	2
<b>Teoretisk referensram: Peplaus omvårdnadsteori –en interaktionsteori</b>	3
<b>Stroke</b>	4
<b>Kris/krisreaktioner</b>	5
<b>Cullbergs fasindelning</b>	6
<b>SYFTE</b>	8
<b>Frågeställningar</b>	8
<b>METOD</b>	9
<b>Litteratursökning</b>	9
<b>Urval</b>	10
<b>Kritisk analys</b>	13
<b>RESULTAT</b>	13
<b>Krisutlösande faktorer -sjuksköterskans krisbedömning</b>	14
<b>Afasi</b>	14

<b>Dysfagi</b>	16
<b>Strokepatienters reaktioner på funktionsförlust</b>	16
<b>Sjuksköterskans stödjande funktion</b>	18
<b>Relation/Kommunikation</b>	19
<b>Information/Undervisning</b>	21
<b>Rehabilitering</b>	23
<b>DISKUSSION</b>	24
<b>Metod</b>	24
<b>Resultat</b>	25
<b>KONKLUSION</b>	30
<b>REFERENSER</b>	31

## **INLEDNING**

Stroke är en av vår tids folksjukdomar och år 2002 insjuknade cirka 30 000 svenskar varav cirka 20 000 insjuknade för första gången (Andersson, Levin, Öberg & Månsson, 2002). Medelåldern vid insjuknandet är cirka 73 år för män och cirka 77 år för kvinnor (Asplund & Stålhammar, 2003). Vårdtiden för strokepatienter utgör fler vård dagar på sjukhus och sjukhem än någon annan somatisk sjukdomsgrupp. Vårdkostnaden för en strokepatient beräknas till drygt 4000 kr/dag (Andersson et al., 2002). Mortaliteten hos individer med stroke beräknas uppgå till 30 % (Folkhälsorapport, 2001).

Under den kliniska utbildningen på en strokeavdelning med äldre patienter, över 65 år, anades vilka konsekvenser en stroke kan få och vilken betydelse det har hur sjuksköterska och patient tillsammans hanterar denna situation. Stroke kan medföra förlust av identitet och en rad olika kroppsfunktioner. Det uppmärksammades att det finns en uppenbar risk för att en krisreaktion kan utlösas hos patienten. Det kan därför antas att sjuksköterskan har en betydelsefull uppgift att identifiera patientens omvårdnadsbehov och att finnas som stöd för patienten i sin sjukdomssituation och eventuella krisreaktion och författarna till denna studie funderar på hur detta sjuksköterskearbete kan se ut.

## **BAKGRUND**

### **Sjuksköterskans kompetensområde**

I Sjuksköterskans arbete ingår många olika uppgifter och hennes kompetens består bland annat av att kunna bedöma och besluta när en åtgärd är relevant i olika situationer (Larsson & Rundgren, 1997). Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska, beskriver och tydliggör sjuksköterskans ansvars- och funktionsområden där bland annat omvårdnad och information/undervisning utgör några av dessa verksamhetsområden. Sjuksköterskan ansvarar för att patienten får all den vård och omsorg som krävs för att optimal hälsa ska återvinnas. Att kunna identifiera individuella behov och att kunna urskilja vem som döljer sig bakom sjukdomen/diagnosen är en av de viktigaste uppgifterna för att kunna instruera/informera såväl patient som närstående (SOSFS 1995:15).

## **Centrala begrepp**

Denna studie utgår från följande centrala begrepp, nämligen: omvårdnad, stroke och kris/krisreaktioner.

### **Omvårdnad**

#### **Allmän – och specifik omvårdnad**

Omvårdnad består av flera aspekter men dess kärnbegrepp är människa, miljö och hälsa (Rooke, 1990). Omvårdnaden omfattas av såväl allmän som specifik omvårdnad och kan beskrivas på följande sätt; allmän omvårdnad ger insikt om människors grundläggande behov, om hur ohälsa påverkar möjligheterna att själv täcka dessa behov, samt om omvårdnadens möjligheter att kompensera brister i denna förmåga. Specifik omvårdnad innebär en vidare utveckling och komplettering av de kunskaper, attityder och färdigheter som tillämpas i allmän omvårdnad. Sjuksköterskans uppgift blir att stödja individen så att hon/han blir i stånd att identifiera och bemöta omvårdnadsbehov vid speciella former av hälso- och funktionsproblem. Att visa respekt för individen och ta tillvara hennes/hans integritet i alla situationer hör till de mest grundläggande kraven i all omvårdnad (Lökenstaad, 1997).

#### **Sjuksköterskans stödjande funktion**

Sjuksköterskans stödjande funktion omfattar många olika omvårdnadsåtgärder. Syftet är att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt att ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionsnedsättning och i behandlingssituationer. Det är viktigt att sjuksköterskan ser människan i ett helhetsperspektiv och inte enbart inriktar sina insatser på sjukdomstillståndet. Detta innebär att patienten ges möjlighet till samverkan med personalen samt till att ta vara på de egna resurserna. Omvårdnadsåtgärder i vid mening innebär att sjuksköterskan, om möjligt, i samverkan med patienten formulerar och tydliggör mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa. Omvårdnadsåtgärder spänner över ett brett fält från högteknologiska insatser till stöd i existentiella kriser (SOSFS 1993:17).

### **Teoretisk referensram: Peplaus omvårdnadsteori – en interaktionsteori**

Hildegard Peplau (1909-1999) var den första sjuksköterskan som beskrev psykodynamiska aspekter på sjuksköterske-patient-förhållandet med utgångspunkt från ett omvårdnadsperspektiv, med inspiration från psykoanalytiskt tänkande. Peplaus omvårdnadsteori är en interaktionsteori och hon betonar relationen mellan sjuksköterska och patient som grundläggande för omvårdnaden. Hennes teori är influerad av Freud, Fromm och Maslow. Hon beskriver omvårdnad som en terapeutisk interpersonell process mellan patient och sjuksköterska och processen har ett undervisande syfte. Patienten vägleds av sjuksköterskan att förstå sina hälsoproblem och att bli mer beredd att möta svårigheter i relation till sin hälsa och livssituation. Patienten stöds att utveckla sina resurser, men att hjälpa en person att möta ett problem har ett begränsat värde om han inte samtidigt skaffar sig en förmåga att handskas med liknande problem framöver. Omvårdnad är för Peplau både en terapeutisk och en undervisande process (Peplau, 1992).

Peplau menar att omvårdnad är ett pedagogiskt redskap, som syftar till att befrämja hälsa genom en mognadsprocess, där människan som individ utvecklas genom interpersonliga relationer och i sin föränderliga miljö. Miljön beskrivs som föränderlig, fysiologiskt, psykologiskt samt socialt och är därmed antingen sjukdomsbevarande eller hälsofrämjande, där hälsa är personlighetens och pågående mänskliga processers rörelse mot ett kreativt och konstruktivt liv, individuellt eller i gemenskap. Innebörden av ordet omvårdnad är således att hjälpa individer att få en klar bild av vad som är involverat. Omvårdnad innebär för sjuksköterskan inte bara vad hon gör utan vad hon gör den till och hur den utförs. Omvårdnaden är en process som är styrd av ett mål som innefattar hälsa för specifika individer och deras situation. Målet för denna process är att främja hälsa och utveckling av personligheten i riktning mot ett kreativt, konstruktivt och produktivt personligt och socialt liv (a.a.).

En av Peplaus huvudteser är att utvecklingen av relationen mellan sjuksköterska och patient är central för det terapeutiska utbytet av omvårdnaden. Peplau betonar kommunikationen som ett av de viktigaste instrumenten för relationsbyggandet. I relationer människor emellan intar alla någon form av roll, den kan vara medveten eller

omedveten. Peplau menar att det finns sex roller som sjuksköterskan kan inta i relation till patienten: rollen som främling, rollen som resursperson, rollen som lärare, rollen som handledare, rollen som surrogat och rollen som ledare. Sjuksköterska och patient sätter varandra i olika roller som kan påverka omvårdnaden i både positiv och negativ riktning, vilket sjuksköterskan bör vara medveten om, anser Peplau (Peplau, 1992).

## **Stroke**

Sjukdomstillståndet stroke kan också benämnas cerebral insult eller i dagligt tal slaganfall. Stroke beror till 80-85% av fallen på stopp i hjärnans blodkärl och i 15-20% på blödningar i hjärnans blodkärl. Stopp i ett blodkärl kan det bli om det finns artereosklerotiska plack som orsakar tromboser eller om det finns lösryckta embolier, alltså losslitna blodproppar som fastnar i en artär. Blödning kan uppstå om kärlväggarna är sköra och går sönder. Stroke medför en cerebrovaskulär skada, alltså skada på ett av hjärnans blodkärl, när hjärnvävnaden utsätts för syrebrist (Larsson & Rundgren, 1997; Yamamoto & Magalong, 2003).

Risken att få stroke ökar för individer som har hypertoni, diabetes mellitus, hjärtsjukdomar, individer som tidigare haft slaganfall eller TIA (transitorisk ischaemisk attack) och individer som röker (Ericson & Ericson, 2002; Folkhälsorapport, 2001; Larsson & Rundgren, 1997).

Symtom vid stroke är yrsel, illamående, pares, känselbortfall och medvetandepåverkan (Ericson & Ericson, 2002). Om skadan drabbar vänster sida av hjärnan visar sig symtomen i höger sida av kroppen och omvänt. Fokala symtom, sensoriska och motoriska bortfall följer de stora blodkärlen och blir därför karakteristiska för deras utbredning inom hjärnan (Larsson & Rundgren, 1997).

Stroke kan medföra förlust av olika funktioner till exempel afasi, hemipares, hemineglect, dysfagi och kognitiva störningar. Afasi innebär att individen kan få svårt att förstå tal och skrift, vilket kallas sensorisk afasi. Med motorisk afasi menas att individen får svårt att formulera sig i tal och skrift. Hemipares innebär halv-sides-



förlamning och skadan uppkommer som tidigare nämnts i höger sida av kroppen om skadan sitter i vänstra delen av hjärnan och omvänt vid skada i höger hjärnhalva. Hemineglect innebär att individen har en oförmåga att uppfatta delar av den egna kroppen och sådant som finns på den sidan av kroppen. Det kan till exempel medföra att patienten bara äter maten som finns på den ena sidan av tallriken eftersom de inte uppfattar det som finns på den andra sidan. Dysfagi innebär att patienten får sväljsvårigheter med risk att sätta maten i halsen (Asplund & Stålhammar, 2003; Ericson & Ericson, 2002; Larsson & Rundgren, 1997).

Stroke kan också medföra kognitiva störningar till exempel svårigheter att lösa problem, inlärningsproblem och minnesproblem. Ökad psykisk uttrötthet är vanliga besvär i synnerhet för patienter med perceptionsproblem eftersom mycket energi går åt till att uppfatta vad som händer i omgivningen (Ericson & Ericson, 2002). Låg självuppfattning, apati, förlust- och hopplöshetskänsla följer ofta den försämrade intellektuella nivån. Akuta konfusionstillstånd kan också uppträda (Larsson & Rundgren, 1997). Depression uppträder hos nästan hälften av alla strokepatienter, möjligen mer efter vänstersidiga skador och kan vara ett symptom på själva skadan men också en reaktion på skadan (Ericsson & Ericsson, 2002).

## **Kris/Krisreaktioner**

Begreppet kris kommer från det grekiska *krisis*, som ursprungligen betyder avskiljande, dom, avgörande vändpunkt, förändring. På kinesiska uttrycks begreppet med två skrivtecken. Det ena betyder fara och det andra utveckling. På båda språken antyds att det handlar om en förändring eller rörelse och att det är något som har en tidsmässig begränsning. Krisbegreppet används allt oftare som något som upplevs som varaktigt. Ett sådant språkbruk förändrar ordets egentliga betydelse (Hillgaard, Keiser & Ravn, 1990).

Enligt Cullberg (1992) är ett psykiskt kristillstånd något som individen kan sägas befinna sig i då hon/han råkat hamna i en sådan livssituation att tidigare erfarenheter och inlärda reaktionssätt inte är tillräckliga för att bemästra den aktuella situationen. Traumatiska kriser kallas sådant som utlöses av yttre påfrestningar till exempel en

närståendes bortgång eller sjukdom. Sådana händelser som kan sägas vara en del av livet, att få barn, gifta sig eller att uppnå pensionsåldern kallas för livskriser eller utvecklingskriser.

Hillgaard et al (1990) definierar en kris som ett tillstånd vilket utlösts av en yttre händelse och som av personen i fråga kan tolkas som en förlust eller hot om förlust av något som har betydelse för henne eller honom. En kris är alltid kortvarig, med det menas att en kris kan vara från några timmar till högst sex-åtta veckor.

Att befinna sig i kris innebär våldsamma, ofta motstridiga känslor, känslöversvämning och bristande förmåga att använda den vanliga problemlösningsförmågan. Patienten befinner sig i ett slags förvirringstillstånd. Beroende på vilken privat betydelse det inträffade har för patienten, aktuell livsperiod och så vidare avgör hur hon/han tolkar och upplever förlusten. Då en individ inte får tillräcklig hjälp att komma igenom en kris, kan individen få en lägre funktionsnivå än tidigare. En form av anpassning sker, som antingen kan vara bra eller dålig (Cullberg, 2003; Hillgaard et al., 1990).

### **Cullbergs fasindelning**

Cullberg (1992) gör en indelning av krisreaktionerna och bearbetningen av krisen. Han delar in krisen i fyra olika faser: chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Faserna kan pendla mellan varandra och reaktionerna kan se väldigt olika ut från person till person.

Chockfasen, som är den första fasen, kan vara från ett kort ögonblick till några dygn. Under den här fasen håller patienten verkligheten ifrån sig. Det har ännu inte öppnats någon väg att ta in det som hänt och bearbeta det. Utåt sett kan patienten verka oberörd men kan uppleva ett kaos under ytan. Ofta minns patienten inte någon information som givits (a.a.).

Reaktionsfasen kallas den fas då patienten börja förstå vad som hänt. ”Den psykiska apparaten” sätts igång och här ingår försvarsmekanismerna. De har till uppgift att

integrera verkligheten på ett så funktionellt sätt som möjligt och minska upplevelsen av fara och hot för jaget. I den akuta fasen har försvarsmekanismerna ett värdefullt innehåll eftersom de hjälper individen att mera stegvis behöva konfronteras med det som hänt, men det kan också göra att processen blir längre och mer smärtsam för individen. Det tar längre tid att bli symptomfri från krisen om individen använder sig av försvarsmekanismer än om hon/han inte gör det, vilket visar hur viktigt det är att känslorna får utlopp i den akuta krisen. De försvarsmekanismer som ingår i reaktionsfasen är bland annat regression, förnekelse, projektion, rationalisering, isolering, undertryckande och bortträngning (Cullberg, 1992).

Försvarsmekanismen regression innebär att individen går tillbaka till beteenden och tankemönster som funnits i tidigare utvecklingsskeden. Ofta visar sig detta som ett barnligt beroende av att andra människor ska bestämma, magiskt tänkande, okontrollerade affektutbrott, sprit eller tablettberoende (a.a.).

Förnekelse innebär att individen lägger märke till det som borde vara hotande men att hon/han förnekar att det är väsentligt och accepterar inte den egentliga meningen. Denna försvarsmekanism är vanlig då det gäller kroppsliga sjukdomssymtom av hotande innebörd. Projektion innebär att individen lägger skulden på andra än på sig själv för något som individen har skuld känslor för (a.a.).

Rationalisering betyder att individen med skenbart förnuftsmässiga argument minskar sin upplevelse av hot. Isolering av känslor är ett av de vanligaste försvaren vid smärtsamma upplevelser. Vid isolering fungerar försvarsmekanismen så effektivt att individen inte vet att känslorna finns. De kan då istället komma till uttryck som ångestreaktioner. Undertryckande av känslor är en medveten handling och individen försöker att inte visa sin oro och sorg över till exempel en viss sjukdom (a.a.).

Bortträngning av hela skeendet ifrån medvetandet är ett annat sätt att slippa ta in verkligheten. Unpression är en speciell psykisk reaktion som ofta kommer i krisituationer. Bortträngda minnen dyker upp i en krissituation, men kan försvinna igen när försvarsmekanismen dyker upp igen. Andra konflikter kan då förnekas eller döljas av

den nya krisen. Chock- och reaktionsfaserna kallas tillsammans för krisens akuta fas och bör inte vara längre än fyra- sex veckor för att kallas för akut kris (Cullberg, 1992).

Bearbetningsfasen pågår som regel ett halvt till ett år efter traumat. Tar den här fasen längre tid behövs troligen professionell hjälp. Ofta skönmålas den situation som var tidigare. Någon som blivit sjuk kan uppleva sin tidigare tillvaro som helt idyllisk. För den som har en kronisk sjukdom eller kroppsskada betyder den här fasen ett accepterande av tanken att leva med ett handikapp och individen börjar lära sig andra sociala roller (a.a.).

Nyorienteringsfasen är den sista av de fyra faserna, den innebär att individen skapar nya förutsättningar för att åter bygga upp och hitta tillbaka till det liv som hon/han levde innan krisen. Nyorienteringsfasen som pågår resten av livet, kan ske under förutsättning att individen har klarat sig igenom de tidigare faserna. Individen skapar sig nya intressen, men krisen blir också en del av livet och inget som ska glömmas (a.a.).

## **SYFTE**

Syftet med studien var att genomföra en systematisk litteraturgranskning för att beskriva sjuksköterskans stödjande omvårdnadsåtgärder gentemot äldre strokepatienter i kris med utgångspunkt från en interaktionsteori.

## **Frågeställningar:**

- 1) Vilka faktorer kan vara krisutlösande för en strokepatient?
- 2) Hur bedömer sjuksköterskan att strokepatienten befinner sig i en kris?
- 3) Hur kan sjuksköterskan stödja strokepatienten i sin kris?

## **METOD**

### **Litteratursökning**

Metoden som använts är litteraturgranskningar. Dessa ger en inblick i området som valts och sker genom en sammanställning av litteraturen. En litteraturstudies mål är att finna svar på det syfte som använts i studien (Backman, 1998).

Bibliotekskatalogen Sofia, på Högskolan Trollhättan/Uddevalla i Vänersborg har använts vid sökning av litteratur. Sökningen av vetenskapliga artiklar var systematisk och gjordes i bibliotekets databaser. Vetenskapliga artiklar skall vara referebedömda, innehålla abstract, introduktion, metod, resultatredovisning samt diskussion och referenser (a.a.).

De databaser som använts vid litteratursökningen är: Cinahl, Swemed+ och Academic Search Elite där sökning gjordes i EBSCOhost (Tabell 1). Den pedagogiska databasen Eric användes också, men det blev inga träffar på de kombinationer av sökord som valdes och därför redovisas databasen inte i ovannämnda tabell. Även manuell sökning har använts. Den manuella sökningen är en teknik som ger viktiga referenser eller introduktion till fortsatt sökning som inte får förringas (a.a.).

Författarna valde inledningsvis att utgå från sökorden ”nursing” + ”stroke” + ”crises”. Kombinationen gav endast en träff. Eftersom studien utgår ifrån Peplau’s interaktions-teori valde författarna att kombinera dessa sökord med begrepp ur teorin; ”communication” , ”relationship” och ”role”. Syftet med studien var bland annat att ta reda på sjuksköterskans stödjande funktion, därför valdes även sökorden ”motivation” och ”support”. ”Apahsia” och ”dysfagia” är några av de vanligast förekommande funktionsnedsättningarna som kan uppstå vid stroke, varför dessa sökord valdes. ”Intensive” användes som sökord för att få reda på sjuksköterskans stödjande funktion i akutskedet.

Tabell 1 (se nästa sida) visar hur många träffar de olika kombinationerna av sökord har gett och urval ur dessa. De databaser som använts men inte gett några träffar på sökorden är inte redovisade i denna tabell.

Sökord: 1) Nursing 2) Stroke 3) Crises 4) Communication 5) Motivation 6) Role  
7) Strokepatients 8) Relationship 9) Aphasia 10) Dysphgia 11) Support 12) Intensive

**Tabell 1.** Översikt över antal träffar för olika kombinationer av sökord och urval av dessa.

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Urval
Cinahl	10/11-03	1+2+5	24	1
		7	194	2
Academic Search Elite	20/11-03	1+2+3	1	1
		1+2+4	12	3
Swemed+	26/11-03	3+4	19	1
Cinahl	26/11-03	1+2+4+6	43	1
Academic Search Elite	26/11-03	1+2+8	22	1
Academic Search Elite	3/12-03	1+2+9	4	2
		1+2+10	11	2
		1+2	270	3
		1+2+11	22	2
		1+4+11	116	2
Academic Search Elite	7/1-04	1+2+12	78	2

## Urval

Valet av patientgrupp gjordes för att det oftast är äldre individer, över 65 år, som insjuknat i stroke och också för att det är en patientgrupp som blivande sjuksköterskor förmodligen kommer att möta i kommande yrke på olika kliniker och sjukhem. Eftersom det var svårt att finna vetenskapliga artiklar som handlade om samtliga krisutlösande faktorer vid stroke valdes att göra en avgränsning till två av dessa: afasi och dysfagi. Kring dessa två områden fanns en betydande del vetenskaplig forskning.

Urvalet av artiklar gjordes genom att titeln lästes och de artiklar som föreföll relevanta för studiens syfte valdes ut. Efter översättning av de engelska artiklarna och bearbetning av deras abstract valdes de artiklar bort, som inte ansågs svara mot arbetets frågeställningar eller på grund av att de inte var vetenskapliga. De fem artiklar som använts i resultatet men inte är vetenskapliga, har ansetts svara bra mot arbetets syfte. Vetenskaplig litteratur är det främsta verktyget för denna typ av studie, men även annan litteratur kan användas, detta för att öka förståelsen för problemområdet (Polit & Hungler, 1999). En retrospektiv granskning och analys gjordes av de utvalda artiklarna omfattande åren 1997-2003. Två artiklar skrivna år 1986 och år 1987 har använts eftersom innehållet i dessa fortfarande ansågs vara aktuella och relevanta.

Genom att beskriva artiklarnas syfte, som refereras till här nedan, ges möjlighet till en överskådlighet och förståelse för vad artiklarna handlar om och vad som undersökts. Antalet deltagare är också beskrivet eftersom det ger läsaren en ökad förståelse för hur studien genomförts. En asterisk (\*) har satts på de artiklar som inte är vetenskapliga (se tabell 2).

**Tabell 2.** Översikt av syfte/innehåll på de artiklar som använts i resultatet.

Författare/ År	Antal deltagare	Metod	Syfte/Innehåll
Bendz (2000)	12	Kvalitativ	Att beskriva hur patienter handskas med sin stroke och aktiviteterna på en rehabavdelning och att jämföra deras uppfattning med de medicinska journalerna.
Brereton & Nolan (2000)	7	Kvalitativ	Att belysa de svårigheter som finns för anhöriga att ta hand om strokepatienten i hemmet.
Chang et al (1999)	40	Kvalitativ	Att undersöka om strokepatienters grad av självkänsla har någon betydande roll för rehabiliteringen.
*Hall Johnson (1986)	-	-	Att beskriva tio sätt som kan hjälpa sjuksköterskan att stödja familjer som befinner sig i kris.
Hill & Johnson (1999)	9	Kvalitativ	Att beskriva sjuksköterskans uppfattning om hennes/hans roll på en neurologisk rehabiliteringsavdelning.

<b>Författare/ År</b>	<b>Antal deltagare</b>	<b>Metod</b>	<b>Syfte/Innehåll</b>
*Hayn & Fischer (1997)	-	-	Att beskriva hur sjuksköterskan kan hjälpa strokepatienten att få kontroll över sitt liv genom rehabilitering.
Jones et al (1997)	24	Kvalitativ	Att beskriva vilka faktorer som har betydelse för relationen mellan sjuksköterska och patient på en rehabavdelning.
*Kide (1987)	-	-	Kommunikation i hälso- sjukvården.
Long et al (2002)	158	Kvalitativ	Att identifiera sjuksköterskans medverkande roll i ett multiprofessionellt rehabiliteringsteam.
Maclean et al (2000)	22	Kvalitativ	Att beskriva vad patientens motivation har för betydelse för rehabiliteringen.
Nilsson et al (1997)	10	Kvalitativ	Att beskriva patientens upplevelse av stroke i den akuta fasen och de första månaderna efter.
Nordgren & Fridlund (2001)	17	Kvalitativ	Att beskriva patientens upplevelse av hur hans/hennes självbestämmande tillgodoses i omvårdnaden.
Perry (2001) (a)	165	Kvantitativ	Att ta fram ett säkert verktyg som sjuksköterskan kan använda för att ta reda på om patienten har dysfagi.
Perry (2001) (b)	200	Kvantitativ	Att utvärdera verktyget som sjuksköterskan kan använda för att ta reda på om patienten har dysfagi.
Sundin et al (2000)	10	Kvalitativ	Att undersöka hur sjuksköterskan kommunicerar med en patient utan ord.
Sundin et al (2002)	5	Kvalitativ	Att undersöka hur sjuksköterskor och patienter med stroke och afasi förstår varandra.
*Tolbert Washington (2001)	-	-	Att undersöka hur advokater och sjuksköterskor samarbetar för att hjälpa familjer i krissituationer.
Weaver Moore et al (2002)	8	Kvalitativ	Att beskriva vad sjuksköterskan behöver utbilda närstående till strokepatienter i utifrån de närståendes behov.
Wiles (1998)	36	Kvalitativ	Att identifiera informationsbehovet hos strokepatienter och deras närstående i syfte att bygga upp en källa som kan ge individuell information.
*Williams et al (2002)	-	-	Att beskriva hur sjuksköterskan kan ta reda på om patienten har sväljningssvårigheter, vad de då bör äta och hur sjuksköterskan kan hjälpa patienten.



## **Kritisk analys**

Vid litteraturanalysen eftersöks informationskällor och vetenskapliga artiklar, som är relevanta för problemområdet. Det är viktigt att förhålla sig kritisk till materialet. Ställning bör tas till när och var dokumentet har skrivits, vilket syfte dokumentet har samt vem författaren är (Patel & Davidsson, 2003).

Artiklarna delades upp, lästes i sin helhet, översattes och bearbetades därefter av respektive författare. Sedan skiftade författarna artiklar och bearbetade även dessa var för sig. Understrykningar gjordes i artiklarna och kategoriserades utifrån frågeställningarna som var framtagna och därefter gjordes en sammanställning av materialet. Resultatsammanställningen bör göras så tilltalade och överskådlig som möjligt. Problem och frågeställningar utgör grunden för hur upplägget av resultatdelen ser ut (Nyberg, 2000). Resultatet redovisas i två kategorier, utifrån de frågeställningar som framtagits. Kategori ett beskriver några krisutlösande faktorer som förekommer vid stroke: afasi och dysfagi och hur sjuksköterskan bör vara extra observant vid dessa funktionsnedsättningar för att kunna bedöma om patienten befinner sig i kris. Här beskrivs också hur strokepatienter kan reagera på funktionsförlusten. I kategori två beskrivs de faktorer, som med hjälp av Peplaus interaktionsteori, framkommit som sjuksköterskans stödjande funktion: relation/kommunikation, information/undervisning och rehabilitering.

Validitet och reliabilitet är begrepp som bör tas i beaktande vid en litteraturstudie. Att ämnet som var avsett att undersökas är det samma som faktiskt undersökts bör försäkras för att validitet ska uppnås. Då fakta tagits fram bör detta ha utförts på ett reliabiabelt, det vill säga ett tillförlitligt sätt och att det inte finns tillfälliga fel i studien som gör att den inte är pålitlig (Patel & Davidsson, 2003). De tabeller som redovisas i denna studie ger en bild av hur sökningen gått till, vilka sökord som använts och vilka artiklar som ingick i urvalet.

## **RESULTAT**

Utgångspunkten för detta arbete var att beskriva sjuksköterskans stödjande funktion till strokepatienter i kris. Resultatet redovisas utifrån de i syftet ingående frågeställningarna

och kommer att beskrivas i följande två kategorier: sjuksköterskans bedömande funktion av krisutlösande faktorer och sjuksköterskans stödjande funktion.

## **Krisutlösande faktorer – sjuksköterskans krisbedömning**

Nilsson, Jansson och Norberg (1997) diskuterar ”kris” som en vändpunkt. För strokepatienten betyder det en instabil, svår och avgörande tid i livet. Patienten tvingas möta något i livet som hon/han inte har mött förut och först har svårt för att bemästra.

Att få stroke upplevs oftast som ett trauma för den utsatte. Stroke orsakar, som tidigare omnämnts fysiska, psykiska och sociala förändringar i patientens livssituation. Dessa förändringar är mycket frustrerande för patienten och dess närstående (Sundin, Jansson & Norberg, 2000). Chang, Mackenzie, Yip och Dhillon (1999) anser att patientens självkänsla har betydelse för hur patienten hanterar situationen. Förlusten av olika funktioner till exempel dysfagi, afasi, hemipares, hemineglect och kognitiva störningar kan vara krisutlösande för en strokepatient (Nilsson et al., 1997).

När en människa blir inlagd på en vårdinstitution på grund av en kroppslig skada, sjukdom eller psykisk sjukdom utsätts patienten mer eller mindre för en integritetskränkning. Hon/han förlorar sin identitet i större eller mindre utsträckning. Patienten är i beroendeställning gentemot personalen. För de patienter som dessutom befinner sig i en kris blir upplevelsen än värre, de känner ett ännu större behov av att få en medmänsklig och individuell psykologisk omvårdnad (Kide, 1987).

### **Afasi**

Som tidigare beskrivits är afasi ett exempel på funktionsförlust som kan uppträda vid stroke. Afasi påverkar patientens förmåga, i olika grader, att kunna uttrycka sig i både tal och skrift. Afasi är ett vanligt handikapp hos strokepatienter. Detta kan leda till att patienterna har svårt med det vardagliga livet och lätt blir isolerade och det sociala livet påverkas. Detta kan i sig leda till att patienten får en depression. Det viktiga för patienten är att försöka förstå den som kommunicerar med henne/honom och att göra sig förstådd. Sjuksköterskans roll är att försöka förstå patientens behov och sätta in

relevanta åtgärder. Om sjuksköterskan inte lyckas med detta blir det svårt för henne att stödja patienten fullt ut, speciellt om patienten befinner sig i kris och behöver extra stöd och trygghet (Sundin et al., 2000).

I en kvalitativ studie av Sundin et al (2000) var syftet att belysa hur sjuksköterskorna kommunicerar med patienter som lider av stroke och afasi. Tio sjuksköterskor som arbetade på en strokeavdelning i norra Sverige intervjuades. Resultatet var att sjuksköterskorna använde sig av icke-verbal kommunikation till exempel ansiktsuttryck och kroppsspråk. För att försöka förstå patienten var sjuksköterskorna noga med att reflektera över och bedöma patienternas reaktioner, om den var positiv eller negativ och på så sätt fick patienten och sjuksköterskan tillsammans, trots afasin, en tvåvägskommunikation. Det fordrades dock att patient och sjuksköterska hade en nära relation med varandra för att uppfatta varandras budskap (Sundin et al., 2000).

Om sjuksköterskan inte känner patienten och inte har hunnit bygga upp en relation till henne/honom, kan det leda till att sjuksköterskan blir tvingad att gissa sig till vad patienten vill och en känsla av osäkerhet kan uppstå mellan dem. Om sjuksköterskan i detta läge känt patienten hade hon haft större chans att gissa rätt om vilka behov patienten har (Jones, O'Neill, Waterman & Webb, 1997; Sundin, Jansson & Norberg, 2002). När båda parter känner sig olustiga i situationen upplever sjuksköterskan att de kan tappa motivation och känsla för patienten och förmodligen upplever också patienten samma sak. I det läget finns risk för att sjuksköterskan också förlorar känslan av att finnas som stöd för patienten (Sundin et al., 2002).

Vid stroke med afasi är det påfrestande för patienten att ha kvar sin intellektuella förmåga, men att ändå inte kunna kommunicera med omgivningen (Sundin et al., 2002). Sjuksköterskan bör behandla varje patient som en unik och kompetent person. Det krävs särskild lyhördhet och observans från sjuksköterskan för att förstå patienten. Det krävs också en lugn, trygg miljö och patienten bör få tid att uttrycka sig (Sundin et al., 2000).

## **Dysfagi**

Dysfagi innebär att sväljförmågan hos patienten är nedsatt eller helt förlorad. Dysfagi drabbar mellan en och två tredjedelar av patienterna med akut stroke, med risk för livshotande luftvägsobstruktion, lunginflammation och undernäring. I det akuta skedet skapar stroke neurologiska skador som kan påverka patientens förmåga att äta, till exempel försämrad känsel, svaghet och förlamning, kognitiva och kommunikations svårigheter. Förekomsten av dysfagi vid akut stroke, förenat med de livshotande riskerna som finns gör att det är viktigt att ta reda på om patienten har dessa problem. Om sjuksköterskan förbiser dysfagi, kan patienten riskera att kvävas. Rädslan för att kvävas är påfrestande för patienten och kan vara krisutlösande (Perry, 2001a; Williams, Wood & Waxman, 2000).

Alla strokepatienter skulle behöva få en bedömning och utvärdering gjord av sin sväljningsförmåga. Om patienten har förminskad styrka på ena sidan i svaljet kan hon/han ändå, med vägledning av sjuksköterskan, lära sig att äta säkert. En systematisk undersökning av patienten kan hjälpa till att skydda henne/honom. Som sjuksköterska kan man observera ansiktet då patienten vilar eller ler och iaktta eventuella förlamningar (Perry, 2001a; Perry, 2001b).

För flertalet strokepatienter försvinner sväljproblemen relativt snabbt, hos cirka hälften av patienterna förbättras det inom 7 dagar och tvåtredjedelar inom en månad. För de patienter där problemen kvarstår efter sjukhusvistelsen, blir den viktigaste delen i rehabiliteringen att klara av sin nutrition. Med tanke på effekterna av undernäring, som till exempel påverkan på musklerna och på humöret, kan detta påverka rehabilitering och krisbearbetning i negativ riktning (Perry, 2001b).

## **Strokepatienters reaktioner på funktionsförlust**

I en studie av Nilsson et al. (1997) undersöktes patienters upplevelse av sjukdomstillståndet de första månaderna efter insjuknandet. I studien framkom vilka känslor och beteenden som uppkom och som uppfattades som krisreaktioner. Att få en stroke är att abruptt få en sjukdom som för med sig förlamning, känselnedsättning, stort medvetande och försämrad kognitiv förmåga. Att bli sjuk i en stroke påverkar inte bara patienten

utan också dess närstående och för dem ofta in i en mental kris. Den akuta fasen går oftast över på tre veckor, efter det går förbättringen långsammare. Alla individer har olika reaktioner på funktionsförlust och olika tecken på kris.

I studien nämns några känslor som patienten kan dras emellan om hon/han befinner sig i en kris: tillit och misstro, autonomi och skam/tvivel, initiativ och skuld känsla, flit och underlägsenhet, identitet och identitetsförlust, förtrolighet och isolering, utveckling och stagnation, okränkbarhet och förtvivlan. Som sjuksköterska är det betydelsefullt att ha vetskapen om dessa olika reaktioner för att kunna identifiera den (Nilsson et al., 1997).

Många patienter dras mellan tillit och misstro om att få återfall eller att bli helt friska igen. Den plötsliga förlusten av funktioner påverkar patientens självförtroende. Många inser till slut att de inte kommer att bli helt bra och hoppet på förbättring blir mera realistiskt. Dessa patienter uppskattar även mycket små förbättringar. Andra som insett att de inte kommer att bli bättre reagerar med frustration, förtvivlan och sorg. De finns även de som visar orealistiska hopp och som inte förstår sina brister. I vissa fall beror det på krisen och i andra fall beror det på att patienten fått en hjärnskada som gör att de inte kan förstå sin situation (a.a.).

Initiativ/skuld känslor handlar om modet att sätta upp och nå önskvärda mål. Patienter som upplever att de bara gör små förbättringar antyder att de upplever bristen på förbättring som ett misslyckande och denna situation ger dem skuld känslor. Det kan göra att de blir passiva och tappar initiativet, åtminstone tillfälligt (a.a.).

Att förlora sin autonomi kan vara krisutlösande för flertalet patienter. Det kan handla om att inte kunna gå, inte hålla balansen, inte kunna använda båda sina händer eller att inte kunna prata så att folk förstår vad de säger. Vissa känner skam/tvivel för att de inte kan ta hand om sig själva (a.a.).

En annan krisutlösande faktor för många patienter är förhållandet mellan att ha varit arbetsam och flitig till känslan av underlägsenhet, som förlusten av funktioner kan ge. Den plötsliga förlusten kan upplevas som ett trauma för många av dessa patienter.

Patienter som bara gör små förbättringar i sin rehabilitering känner sorg över sina förluster och riskerar att bli passiva, andra har hoppet kvar och kan fortsätta med sin rehabilitering. Det finns även de individer som försöker att handskas med sin situation på nya sätt. Balansen mellan identitet och förlust av identitet blir lätt störd efter en stroke. Identiteten för patienten är viktig. Det handlar om att veta vem individen är, hur hon/han var förr och hur andra uppfattar henne/honom. Att bli respekterad som en unik person är viktigt för patienten (Nilsson et al., 1997).

Att inte prata med och isolera sig från sin make/maka kan försvåra rehabiliteringsarbetet, vilket kan vara ett tecken på kris. Det kan också vara ett sätt att försvara sig mot upplevelsen. Det kan också bero på att patienten fått kommunikationssvårigheter på grund av hjärnskadan. Patienter som inte pratar med sin maka/make om sin sjukdom, sina ansträngningar att bli bättre eller sorg över att inte kunna bli helt bra har svårt att få hjälp från henne/honom. En bra relation i denna situation kan hjälpa patienten att ha kvar sin identitet. Flertalet patienter, oavsett ålder, är vana vid att vara produktiva och kreativa på olika sätt. Att känna sig som att inte vara till någon nytta gör att många patienter känner sorg och tomhet. Det finns patienter, som reagerar med att de vill ha uppmärksamhet och omtanke, medan andra är avvisande till det (a.a.).

Andra reaktioner på funktionsförlusten kan vara förakt och motstånd inför krisen eller att reagera mer rationellt, till exempel med klokhet och försoning till situationen. Flertalet patienter som hamnat i kris visar osäkerhet och undvikande vid samtal om framtiden. Ofta handlar dessa samtal om mindre och praktiska önskemål, som går att uppnå i deras situation. Samtal om rehabilitering och om patientens framtida liv är ofta återhållsamma. Ju längre tid som gått från det att händelsen inträffade desto större är chansen att patienten tillslut kan konfrontera sin situation och se med nya ögon på det förflutna och sakta börja tänka mer på framtiden (a.a.).

## **Sjuksköterskans stödjande funktion**

En utmaning i sjuksköterskans arbetsuppgifter är att hjälpa en strokepatient att överleva chockfasen. Efter det bör hon stödja patienten att få tillbaka sina förmågor. Det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten få en så snabb start på sitt rehabiliterings-

program som är möjligt. Sjuksköterskan arbetar för att planera omvårdnaden av patienten och hon bör stödja patienten från sjukdomens början, genom krisen och sjukdomen och genom rehabiliteringen (Hayn & Roma Fisher, 1997). På en vårdavdelning bör all personal arbeta och samarbeta mot samma mål så att patienten känner trygghet och tillit till personalen. Det ökar sjuksköterskans möjligheter att stödja patienten i sin stroke (Kide 1987; Long, Kneafsey, Ryan & Berry, 2002). De sociala förutsättningarna och familjesituationen har betydelse. Om någon i familjen insjuknar i en sjukdom involveras alla i familjen. Som sjuksköterska är det också viktigt att stödja de närstående i krisen. En familj som fungerar bra ger stöd åt varandra i en krissituation, det utesluter dock inte att de behöver professionell hjälp (Tolbert Washington, 2001).

### **Relation/Kommunikation**

Kommunikation är det första steget mot en bra relation. En öppen kommunikation, tillit och stöd gör att sjuksköterskan kan bygga upp en bra relation med patienten (Sundin et al., 2000). Sjuksköterskan bör ha ett holistiskt synsätt på individen, det vill säga se människan från alla perspektiv: fysiskt, psykiskt, socialt, kulturellt och andligt och inte bara inrikta vården på en av aspekterna. Då sjuksköterskan arbetar tillsammans med en patient som har ett funktionshinder och är i beroendeställning, är det viktigt att forma en relation som senare kan hjälpa till att göra patienten oberoende och emotionellt stabil (Hill & Johnsson, 1999; Jones et al., 1997; Kide, 1987; Nordgren & Fridlund, 2001; Sundin et al., 2002).

I en kvalitativ studie av Jones et al. (1997) framkommer att det första mötet med patienten är viktigt för att kunna bygga en relation med patienten. I studien ingick 24 deltagare och syftet var att beskriva vilka faktorer som hade betydelse för relationen mellan sjuksköterskan och patienten på en rehabiliteringsavdelning. För patienter med talproblem är en bra relation betydelsefullt eftersom de behöver hjälp en lång tid framöver. Ofta är dessa patienter isolerade och mycket osäkra, det innebär att sjuksköterskan har ansvar då det handlar om att kunna få patienten att känna tillit.

En harmonisk relation beskrivs av författarna som att det finns en överenskommelse att sjuksköterskan bör ta den aktiva rollen i planeringen av rehabiliteringen och patienten

den aktiva rollen i att utföra det som bestäms, med stöd av personalen. Detta betyder inte att patienten blir helt passiv i planeringen, eller att personalen blir helt passiv i utförandet. Något som också är viktigt för relationen är att patienten har tillit till sjuksköterskan och att deras syften med vården överensstämmer. Personliga kvaliteter har också betydelse för vem patienten väljer att bygga en närmare relation med. Efter intervjuer sade patienterna att relationen byggdes på personalens fysiska och kulturella egenskaper. Om sjuksköterskan var i liknade ålder som patienten hade hon större chans att bygga en relation med henne/honom. Ett sätt att närma sig patienten kan vara att prata om personliga saker för att bygga upp ett förtroende. Att tillbringa tid med patienten är också viktigt för att bygga en relation (Jones et al., 1997).

I en kvalitativ studie av Long et al. (2002) var syftet att undersöka sjuksköterskans roll i ett professionellt rehabiliteringsteam. Patienter, närstående och personal på en rehabiliteringsavdelning observerades och intervjuades under en tvåårsperiod. Totalt ingick 158 personer i studien. Dessa delades in i fyra grupper: patienter, närstående, sjuksköterskor och annan personal i rehabiliteringsteamet. Alla observerades, samantalt under 330 timmar och alla intervjuades minst en gång. Frågorna handlade om sjuksköterskans roll i rehabiliteringsteamet och patienternas behov och vårderfarenhet. Resultatet visade att sjuksköterskans insats var högt värderat bland både patienterna, deras närstående och annan personal. Sjuksköterskan var, enligt de andra i personalen, den i rehabiliteringsteamet som tillbringade mest tid med patienten och som kände patienten bäst. Sjuksköterskan var den som hade störst chans att bygga upp en relation med patienten och dess närstående. De insatser som ansågs vara av högst värde hos patienterna var: det emotionella stödet, teknisk och fysisk omvårdnad, kommunikationen, att patienten kände tillit till sjuksköterskan och att hon lyssnade till patientens behov. Att involvera och stödja familjen var också en insats som var högt värderad (Long et al., 2002).

Att ha en relation med patienten innebär inte bara positiva saker. Det gäller att ha en närhet till patienten och samtidigt en distans. Blir relationen för nära kan den bli mycket krävande för båda parter. Patienter kan få orealistiska förväntningar på relationen och/eller kan patientens integritet riskeras. Sjuksköterskans integritet kan också skadas



till exempel om patienten förväntar sig för mycket av sjuksköterskan (Sundin et al., 2000).

Kommunikationen är en viktig del i behandlingsarbetet då det gäller att möta människor i kris. Kommunikationen kan, som tidigare nämnts vara verbal eller icke verbal (Sundin et al., 2000; Sundin et al., 2002). Om sjuksköterskan känner sig trygg i sig själv, på sina egna reaktioner och har en trygg roll i vårdteamet, har kommunikationen mellan sjuksköterska och patient störst chans att bli så bra som möjligt (Sundin et al., 2000).

Hos strokepatienter med kommunikationsproblem, där de har svårt att uttrycka sig, men inte att förstå, kan sjuksköterskan bygga en relation med patienten genom att spendera tid med henne/honom och säga att hon kommer att göra vad hon kan för att hjälpa patienten. Det gör att patienten känner sig mer motiverad, och blir oftast på bättre humör. Om patienten har kommunikationssvårigheter eller andra funktionsnedsättningar som gör att patienten inte förstår sjuksköterskan, kan det vara till hjälp om hennes förslag på rehabilitering ges till en nära anhörig samtidigt som patienten hör på. Patienten kan då tolka den anhöriges reaktion på informationen och ta ställning därefter (Jones et al., 1997).

### **Information/undervisning**

Information till patienter och närstående om sjukdomen och rehabiliteringen har en avgörande roll i patientens tillfrisknande. Informationsbehovet hos patienterna är stort. Både skriftlig och muntlig information är av betydelse. Det finns ett behov av information om olika behandlingsmetoder, den fortsatta vården och praktisk information till exempel påklädning, aktivitetsutbud, medicin med mera (Wiles, Pain, Buckland & McLellan, 1998).

Sjuksköterskan har också ett ansvar då det gäller att utbilda patienter och närstående om sjukdomen och dess konsekvenser. Den största tyngdpunkten av informationen bör dock läggas på positiva saker till exempel vilka möjligheter och resurser patienten har utifrån individens sjukdomsbild (Weaver Moore, Maiocco, Schmidt, Guo & Estes, 2002).

Information och förklaring av syftet med rehabilitering till patienten redan i det akuta skedet spelar enligt Jones et al. (1997) en betydelsefull roll för rehabiliteringen. Det framkom av deras studie att ett resultat av att patienterna inte fick informationen om mobiliseringen var, att patienterna inte hade förståelse och inte ville ändra på det passiva beteendet de hade på den akuta avdelningen. Där blev det en mer omhändertagande vård och där personalen gjorde saker för patienterna, till exempel hjälpte dem på med kläderna. Vissa patienter hade redan fått sådan information som att de aldrig skulle kunna gå igen. Resultatet blev då att de kom till rehabiliteringsavdelningen med den negativa uppfattningen (Jones et al., 1997).

Väsentlig information om hur rehabiliteringsarbetet skulle gå till, gjorde att det fanns patienter som glömde tankar på ”mirakelmediciner” och istället fokuserade patienterna på rehabiliteringen och tog själva en aktiv roll i rehabiliteringsarbetet. En studie av McLean, Pound, Wolfe och Rudd (2000) visade att uppmuntran och tron på professionell hjälp gjorde att deras motivation steg. God information gjorde också att de förstod hur rehabiliteringen fungerade och att de förstod när de gjorde framsteg, vilket också ökade deras motivation. Då patienterna inte fått tillräckligt med information, visade de brist på förståelse och kände sig mindre personligt involverade och de blev rädda för att delta (McLean et al., 2000).

De närstående behöver informeras om patientens tillstånd. Även de närstående till strokepatienten kan hamna i kris. Det är viktigt att ge dem den tid de behöver för att sörja, så att de sedan i sin takt kan börja bearbeta krisen. Sorgearbetet kan vara en lång process och inte minst då det gäller strokepatienter som till exempel förlorat olika funktioner. En närstående kan sörja patienten resten av livet om det faller sig så att patienten inte får alla sina funktioner tillbaka. Att göra de närstående delaktiga i omvårdnaden av patienten kan vara positivt för krisbearbetningen. Det är dock viktigt att sjuksköterskan är lyhörd och inte tvingar på de närstående någon uppgift. De närstående kan i krisen behöva hjälp att strukturera upp saker i deras vardag. De närstående behöver också bekräftelse på att deras beteende och känslor är normala reaktioner på emotionell stress (Hall Johnson, 1987).

Brist på information gör att anhöriga tar på sig sin nya vårdarroll, som de får då patienten kommer hem, med lite kunskap om vad den nya situationen kommer att betyda för dem. Flertalet anhöriga är villiga att ta hand om sina sjuka familjemedlemmar/vänner, men vet ofta ingenting om situationen förrän patienten väl kommer hem och förstår då konsekvenserna som tillståndet fört med sig. Risken blir då att de anhöriga tillslut blir utbrända (Brereton & Nolan, 1998).

## **Rehabilitering**

I en studie av Bendz (2000) studerades tio patienter under de tre första månaderna efter sin stroke. Syftet med studien var att beskriva hur de handskades med sin stroke och aktiviteterna på en rehabiliteringsavdelning. I studien förklaras också vilka likheter och skillnader som fanns i patienternas syn på sig själva och hur de beskrevs i journalerna. De skillnader som fanns var att patienterna såg sig själva som individer som haft en position i samhället, som de vill ta tillbaka. I de medicinska journalerna var de beskrivna som kvinnliga eller manliga kroppar i en viss ålder med vissa försämringar och handikapp. Det framkommer av studien att det inte fanns något dokumenterat i journalerna om vad som var viktigt för den enskilda strokepatienten och att rehabiliteringen underlättas om patienten får känna sig mer delaktig och att deras intressen tillvaratas (Bendz, 2000).

Under en rehabiliteringsprocess är rådgivning och emotionellt stöd nödvändigt för att patienten ska kunna jobba sig igenom sorgeprocessen (Hill & Johnson, 1999). Att skapa en miljö som är inspirerande och att hitta vägar som inte gör att patienten bygger upp barriärer, fysiskt, psykiskt och emotionellt är betydelsefullt i rehabiliteringsarbetet (Long et al., 2002). I studien av Jones et al. (1997) visade det sig att sjuksköterskans roll i rehabiliteringsarbetet inte alltid är uppmärksammas och ses inte alltid som värdefull. Studien visade också att vissa erfarna sjuksköterskor hade brist på personliga resurser som till exempel empati och sympati.

I studien av McLean et al. (2000) framkom att det fanns skillnader i tankar hos strokepatienter som hade hög respektive låg motivation. Patienter med hög motivation till rehabilitering förstod att det var på grund av välvilja som sjuksköterskorna inte

hjälpte dem i en del situationer utan lät dem försöka själva. Patienter med låg motivation till rehabiliteringen förstod inte sjuksköterskans roll i rehabiliteringen och uttryckte frustration över att sjuk-sköterskan inte hjälpte dem. Sjuksköterskor bör vara medvetna om på vilket sätt deras beteende kan påverka motivationen på ett positivt eller negativt sätt (McLean et al., 2000).

Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienterna till insikt om rehabiliteringens betydelse. Om det behövs bör hon försöka ändra deras inställning till rehabiliteringen, om deras strategi inte fungerar bör hon lämna över uppgiften till någon annan. Om patienten inte tror att hon/han kommer att bli bättre, så kommer hon/han inte att försöka med rehabiliteringen. Viktigt är också att patienten får rätt information om chanserna till förbättring. Om patienten tror på chanser till god förbättring och detta inte stämmer överens med verkligheten vid försök till rehabilitering, kommer patientens motivation att sjunka (Jones et al., 1997).

Då strokepatienten lämnar avdelningen för att bli omhändertagna i hemmet av någon närstående är det avgörande att båda parter är välinformerade och väl förberedda på situationen. Det är därför betydelsefullt att sjuksköterskan inte bara utbildar de närstående om patientens fysiska behov, utan att hon förklarar och utbildar de närstående även i de psykiska/emotionella behoven. Det är lätt att de närstående lägger allt för mycket energi på patientens fysiska behov och har då ingen energi kvar att lägga på de psykiska behoven, som är nog så viktiga för patientens välbefinnande och tillfrisknande (Weaver Moore et al., 2002).

## **Diskussion**

### **Metod**

Utifrån studiens syfte, sjuksköterskans stödjande omvårdnadsåtgärder gentemot äldre strokepatienter i kris, valdes att göra en litteraturstudie eftersom en empirisk studie hade varit svår att genomföra inom tidsramen för detta arbete. Målet för en litteraturstudie är att utöka professionens kunskapsbas. Den kan också användas som problemavgränsning för forskningsarbeten i framtiden (Notter & Hott, 1996).

Forskningsområdet som författarna valt att studera hade tidigare inte undersökts nämnvärt. Det finns en del forskning om stroke och en del om krisreaktioner och krisbearbetning rent generellt, men lite om kombinationen strokepatienter i kris. Bara en av de artiklar författarna fann berörde detta område. De andra artiklarna styrker dock resultatet och besvarar studiens frågeställningar. En såväl god validitet som reliabilitet har eftersträvas och kan anses ha uppnåtts i denna studie. Med validitet menas att ämnet som var avsett att undersökas är det samma som faktiskt undersökts. Med reliabilitet menas att fakta som tagits fram har utförts på ett tillförlitligt sätt och att det inte finns tillfälliga fel i studien som gör att den inte är pålitlig (Patel & Davidsson, 2003).

## **Resultat**

Den kunskap som har vuxit fram ur resultatet visar bland annat att relationen mellan sjuksköterska och strokepatient har betydelse i patientens krisbearbetning. Relationen handlar om tvåvägskommunikation och att sjuksköterskan har en helhetssyn i sin omvårdnadsfunktion. Det krävs också att hon anstränger sig för att göra patienten delaktig i vården såväl i den aktuella krisen som vid den fortsatta krisbearbetningen och i rehabiliteringen. Enligt Faulkner (2000) kan patienter som brottas med problem som kronisk eller invalidiserande sjukdom ofta inte finna uttryck för sina känslor utan stöd från sjuksköterskan. I sjuksköterskans arbete ingår att identifiera krisutlösande faktorer. Sjuksköterskan behöver ha kunskap om de olika funktionshindren som kan uppstå vid stroke för att, i den mån det är möjligt, förebygga att patienten hamnar i kris (Eide & Eide, 1997).

Hillgaard et al. (1990) beskriver reaktioner i chockfasen som våldsamma känslösvallningar, bristande problemlösningsförmåga med flera. Sjuksköterskan kan vara tvungen att hindra individen från att göra handlingar som enligt hennes eget omdöme är olämpliga. I krisens chockfas kan den krisdrabbade ibland inte ens klara vardagslivets sysslor och personen i fråga kan ha svårt att veta vad hon/han vill. Ibland har individen lättare att veta vad hon/han inte vill och då kan sjuksköterskan hjälpa till att fatta rätt beslut. Enligt Hall Johnson (1987) kan sjuksköterskan stödja individen genom att hjälpa henne/honom att strukturera upp sin vardag.

Information i chockfasen är oftast inte meningsfull, eftersom patienten inte är mottaglig för det som sägs. Sjuksköterskans stödjande funktion i chockfasen är att vara kroppsligen och andligen närvarande. Att bara vara en lugn röst och att trösta. Om orden kommer, lyssna och acceptera (Björvell, Colleste, Holmdahl, Lindencrona, Röner Douhan, Sasch & Tamm, 1989). Dimbelby & Burton (1997) menar att både verbal och icke-verbal kommunikation är viktiga i omvårdnadsarbetet när det gäller patienter i kris. Speciellt i chockfasen är det den icke verbala, det vill säga kroppsspråket, som har störst betydelse för kommunikationen mellan sjuksköterska och patient.

Symtom på kris kan likna många andra symtom som till exempel på undernäring och dehydrering men också som till exempel nedsatt kognitiv förmåga, konfusion, trötthet och aggressivitet (Larsson & Rundgren, 1997). Enligt både Perry (2001b) och Westergren, Hallberg och Ohlsson (1999) kan dysfagi leda till undernäring och dehydrering. Det ligger på sjuksköterskans ansvar att identifiera problemet till varför patienten inte äter. Sjuksköterskan möter flera av dessa tillstånd och genom kunskap och erfarenhet kan hon bedöma om det är en kris eller inte. Det kan vara bra att för sjuksköterskan ta hjälp av anhöriga för att få en uppfattning om hur patienten varit före insjuknandet. Oavsett om symtomen beror på kris, sjukdomstillståndet eller funktionsnedsättningen bör orsaken till beteendet/symtomen utredas innan åtgärder sätts in. Symtomen kan påverka såväl sjukdomsförloppet som rehabiliteringen, och om inte rätt åtgärder sätts in i tid kan det förlänga sjukdomstiden. Genom att ge information till patienten om krisens olika faser och symtom kan sjuksköterskan hjälpa patienten att komma vidare.

Resultatet i studien av McLean et al (2000) visade att information i reaktions- och bearbetningsfaserna gjorde att patienten glömde tankar på mirakelmedel och istället koncentrerade sig på rehabiliteringen. Genom att få information lyckades patienten tränga undan försvarsmekanismerna som försvårar krisbearbetningen. Det är därför viktigt med rätt information i rätt läge och att sjuksköterskan iakttar om patienten visar några tecken på sviktande psykisk hälsa. Det viktigt att sjuksköterskan har en relation med patienten för att kunna avgöra när det är rätt läge att ge information till patienten.

Peplau anser att kommunikationen är en av de viktigaste byggstenarna i relationen mellan sjuksköterska och patient (Peplau, 1992). Sjuksköterskan behöver känna sig trygg i sig själv och på sina egna reaktioner. Då kan kommunikationen och relationen mellan sjuksköterskan och patienten bli optimal (Sundin et al., 2000). Cullberg (1992) menar att det är viktigt att sjuksköterskan är medveten och har kunskap om sina egna psykologiska reaktioner inför det arbete som utförs. Hon behöver även kunskap om patientens situation och ha ett intresse för den ömsesidiga kommunikationen.

Jones et al. (1997) betonar betydelsen av att sjuksköterskan spenderar tid med patienten för att kunna bygga en bra relation. Studien av Long et al. (2002) visade att sjuksköterskans roll sågs som viktig, både av patienter, anhöriga och annan personal i rehabiliteringsteamet. Patienterna kände tillit till sjuksköterskan. Tillit och kommunikation ingår båda i det emotionella stödet. Det emotionella stödet handlar om att förklara, uppmuntra, komma underfund med patientens rädslor och bekymmer (Long et al., 2002). Tidsbristen är det som blivande sjuksköterskor förmodligen kommer att få kämpa med i den kommande yrkesfunktionen. Känslan av att inte räkna till, som sjuksköterskor uttalar idag, är ett uttryck för att det inte finns tillräckligt med tid till varje patient.

Afasi försvårar den verbala kommunikationen och då krävs alternativa sätt att kommunicera. Det är viktigt att sjuksköterskan i sin stödjande funktion, visar med sitt kroppsspråk att hon finns där för patienten till exempel genom att vara lugn, ha ögonkontakt och genom att beröra patienten (Dimbleby & Burton, 1997). I den tidigare nämnda studien av Jones et al. (1997) framkom att strokepatienter accepterade sjuksköterskans förslag på behandling om den gavs till anhöriga, bara patienten själv fick vara med och se den anhöriges reaktion på informationen. De anhörigas medverkan i rehabiliteringen är betydelsefull. De har tidigare kunskap om patienten som är värdefull, och dessutom en tidigare relation till patienten, som sjuksköterskan inte har. Detta kan underlätta den icke-verbala kommunikationen, då den verbala kommunikationen komplicerats, som till exempel vid afasi.

I lagen (SOSFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område framgår att sjuksköterskan ska ge individuellt anpassad information om patientens hälsotillstånd, metoder för undersökningar, vård och behandling (1998:531). Om informationen inte kan lämnas till strokepatienten av olika anledningar, kan den istället lämnas till en närstående till patienten om det inte finns något hinder för detta i sekretesslagen (1980: 100). Det är viktigt att patienter med afasi får en chans att ta emot information som berör dem, eftersom patienten ofta förstår men har svårt för att uttrycka sig. Om informationen ges till en anhörig av den anledningen, bör det i första hand vara för att underlätta kommunikationen. Studien av Nilsson et al. (1997) visar betydelsen av att bevara patientens autonomi, att patienten får vara delaktig och bestämma över sin egen vård. Författarna anser att det ligger på sjuksköterskans ansvar att se till, även om patienten inte kan prata för sig, bevara patientens autonomi och göra henne/honom delaktig i vården på andra sätt än genom verbal kommunikation. Förlusten av autonomi kan i sig vara en krisutlösande faktor och i sjuksköterskans stödjande funktion ingår, enligt författarna, att minimera risken för patienten att hamna i en kris.

McLean et al. (2000) och Jones et al. (1997) beskriver båda i sina studier betydelsen av undervisning och information till patienterna för ett lyckat rehabiliteringsresultat. I rehabiliteringen är patientens delaktighet, både fysiskt och mentalt avgörande. Det visade sig att uppmuntran gjorde att deras motivation steg. Information gjorde också att de förstod hur rehabiliteringen fungerade och när de gjorde framsteg, vilket ökade deras motivation. I McLean et al. studie märktes det också skillnad i rehabiliteringsarbetet, på patienter som tyckte att de inte fått tillräckligt med information. Dessa patienter kände sig mindre personligt involverade och var rädda för att delta i rehabiliteringen på grund av brist på förståelse.

Motsatsen till att involvera patienten i omvårdnaden och bristen av helhetssyn på patienterna finns i Bendz (2000) studie. Där beskrevs patienterna, i de medicinska journalerna, som manliga och kvinnliga kroppar med en del funktionshinder. Patienterna själva beskrev att de ville bli sedda för de individer de var. Dessa olika synsätt försvårade rehabiliteringen för patienterna. Jämförelsen av dessa tre studier; Bendz (2000), Jones et al. (1997) och McLean et al. (2000), bevisar betydelsen av helhetssynen



på strokepatienterna och att de blir involverade i sitt eget rehabiliteringsarbete. Det som krävs av sjuksköterskan är kunskap och tid för reflektion. Det är viktigt att hon vet att hennes beteende kan påverka patienten på ett positivt eller negativt sätt. För sjuksköterskan en relation till patienten bör förståelsen för patienten öka, och hon kan ge en mer individanpassad information och möta patienten på rätt nivå i rehabiliteringen.

Peplau betonar helhetssynen på patienten och det är sjuksköterskans roll är att vägleda patienten. Genom att få individuell information och undervisning, kan patienten till slut kan skaffa sig en förmåga att handskas med sina nuvarande problem och liknande problem i framtiden. Undervisningen ses som en process och Peplau betonar också vikten av en god relation och god kommunikation mellan patient och sjuksköterska i processen (Peplau, 1992).

När patienten börjar prata om och planera sin framtid är det ett tecken på att hon/han är på väg ut ur krisen (Nilsson et al., 1997). Det benämner både Cullberg (1992) och Heap (1995) som att hon/han befinner sig i nyorienteringsfasen. Patienten kommer fortfarande ha känslor av saknad eller ångest över funktionsförlusten men domineras inte av krisen eller förlusten längre (Heap, 1995). Sjuksköterskans funktion är i detta skede att stödja patienten i sin nya situation och att uppmuntra henne/honom när samtal om framtiden tas upp. Det är lika viktigt att sjuksköterskan finns som stöd och lyssnar och accepterar patientens känslor och reaktioner de dagar som hon/han inte är lika positiv.

Enligt Kide (1987) har Hälso- och sjukvårdspersonal inte tillräckligt med utbildning i den del av psykologin som omfattar människors möten: relationer, kommunikation, samtal, terapeutisk hållning och att tala med människor i kris. Sjuksköterskor kan behöva handledning för att klara av att stötta människor i kris. Mötet mellan patient och sjuksköterska är en mer central del i den nya sjuksköterskeutbildningen. Peplau (1992) betonar relation, kommunikation och undervisning till patienten som centrala delar i omvårdnaden. Dessa begrepp ingår i helhetssynen och omvårdnaden av patienten. Peplaus teori utvecklades redan på 1960-talet (Peplau, 1992).

## KONKLUSION

Studiens syfte var att utifrån en interaktionsteori beskriva sjuksköterskans stödjande funktion till strokepatienter i kris. Av studiens resultat framkom att det kan vara svårt att avgöra vad som är symtom på hjärnskada och vad som är krisreaktioner när det gäller stroke. Symtomen är likartade och det kräver att sjuksköterskan har kunskap inom området. Oavsett vad symtomen beror på, kan de ha en bromsande effekt på rehabiliteringen och påverka patientens hopp om framtiden. Sjuksköterskans funktion blir att genom kännedom om patienten stödja det individuella behovet och försöka få patienten delaktig i omvårdnaden och rehabiliteringen. De fyra begrepp som bland annat ingår i sjuksköterskans stödjande funktion: relation, kommunikation, information/undervisning och rehabilitering bör samtliga ingå för att kunna ge ett komplext stöd till patienten. En god relation till patienten behövs för att kunna ge individanpassad information, vilken i sin tur behövs för att kunna möta individen på rätt nivå i rehabiliteringen. Detta är också ett sätt att få patienten att komma ur krisen och tro på framtiden.

Ett förslag till vidare forskning är att undersöka sjuksköterskans stöd i krisreaktioner då det handlar om andra patientgrupper. När det gäller stroke upptäcktes att det var brist på forskning beträffande funktionshinder som till exempel hemipares, hemineglect och de kognitiva förändringar som kan ske vid insjuknandet av sjukdomen. Fortsatt forskning skulle även kunna göras för att undersöka om personligheten hos strokepatienter har någon betydelse för risken att hamna i kris.

## REFERENSER:

- Andersson, A., Levin, L-Å., Öberg, B., Månsson, L. (2002). Health care and social welfare costs in home-based and hospital-based rehabilitation after stroke. *Nordic college of caring sciences*, 16, 386-392.
- Asplund, K., Stålhammar, J. (2003). *Läkemedelsboken 2003/2004; Cerebrovaskulära sjukdomar*. Apoteket AB, AO Konsult.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bendz, M. (2000). Rules of relevance after a stroke. *Social science & medicine*, 51, 713-723.
- Björvell, H., Colleste, G., Holmdahl, B., Lindencrona, C., Rönér Douhan, G., Sachs, L., Tamm, M. (1989). *Perspektiv i omvårdnads arbetet*. Stockholm: Sveriges utbildningsradio AB.
- Brereton, L., Nolan, M. (1998). You do know he's had a stroke, don't you? Preparation for family care-giving- the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 498-506.
- Chang, A., Mackenzie, A., Yip, M.P., Dhillon, R. (1999). Research in brief. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 477-481.
- Cullberg, J. (1992). *Kris och utveckling*. Stockholm: Bonnier.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dimbleby, R., Burton, G. (1997). *Oss emellan- mellanmänsklig kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

- Eide, H., Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Faulkner, A. (2000). *Det professionella samtalet*. Stockholm: Liber AB.
- Hall Johnson, S. (1986). Ten ways to help family of a critically ill patient. *Nursing*, 4, 40-47.
- Hayn, M-A., Roma Fisher, T. (1997). Stroke rehabilitation- Salvaging ability after the storm. *Nursing*, 3, 40-46.
- Heap, K. (1995). *Samtal med äldre –Om kommunikation, minnen, kriser och sorg*. Stockholm: Liber utbildning.
- Hill, MC., Johnson, J. (1999). An exploratory study of nurses' perceptions of their role in neurological rehabilitation. *Rehabilitation-Nursing*, 24, 152-157.
- Hillgaard, L., Keiser, L., Ravn, L. (1990). *Sorg och kris*. Köpenhamn: Liber.
- Jones, M., O'Neill, P., Waterman, H., Webb, C. (1997). Building a relationship: communications and relationships between staff and strokepatients on a rehabilitation ward. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 101-110.
- Kide, P. (1987). Kommunikation i hälso- och sjukvården. *Sjuksköterskan*, 3, 4-8.
- Larsson, M., Rudgren, Å. (1997). *Geriatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Long, A., Kneafsey, R., Ryan, J., Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 70-78.

Lökensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

McLean, N., Pound, P., Wolfe, C., Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *British Medicine Journal- BMJ*, 321, 1051-1054.

Nilsson, I., Jansson, L., Norberg, A. (1997). To meet with a stroke: patients' experiences and aspects seen through a screen of crises. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 953-963.

Nordgren, S., Fridlund, B. (2001). Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 117-125.

Notter, L.E., Hott, J.R. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Patel, R., Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Peplau, H. E., (1992). *Interpersonal relations in nursing*. London: The Macmillan Press LTD.

Perry, L.(2001a). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 463-473.

Perry, L. (2001b). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two: detailed evaluation of the tool used by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 474-481.

- Polit, D.F., Hungler, B.P.(1999). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Rooke, L. (1990). *Omvårdnad och omvårdnadsteoretiska strukturer*. Malmö: Almqvist & Wiksell International.
- Sekretesslag 1980:100. *Sekretesslag (1980:100)*. Stockholm: Socialstyrelsen 2000.
- SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsen: Allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen 2000.
- SOSFS 1995:15. *Socialstyrelsen: Allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen 2000.
- SOSFS 1998:531. *Socialstyrelsen: Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Socialstyrelsen 2000.
- Socialstyrelsen (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2000). Communication with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 481-488.
- Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry*, 9, 93-103.
- Tolbert Washington, G. (2001). Families in crisis. *Nursing Management*, 5, 29-35
- Weaver Moore, L., Maiocco, G., Schmidt M, S., Guo, L., Estes, J. (2002). Perspectives of caregivers of stroke survivors: Implications for nursing. *Medicine Surgery Nursing*, 11, 289-296.

Westergren, A., Hallberg, I., Ohlsson, O. (1999). Nursing assessment of dysphagia among patients with stroke. *Scandic Journal Caring Science*, 13, 274-282.

Wiles, R., Pain, H., Buckland, S., McLellan, L. (1998). Providing appropriate information to patients and carers following a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 794-801.

Williams, M.P., Wood, H., Waxman, J. (2002). How to assess swallowing after a stroke. *Nursing*, 32, 243-252.

Yamamoto, L., Magalong, E. (2003). Outcome measures in stroke. *Critical Care nursing quarterly*, 26, 283-293.

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
Box 1236  
462 28 Vänersborg  
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99  
[www.htu.se](http://www.htu.se)