

**HUR SJUKSKÖTERSKAN PÅ VÅRDAVDELNINGEN KAN
STIMULERA FRISKFAKTORER FÖR ATT ÖKA KÄNSLAN AV
HOPP HOS EN PERSON MED STROKE**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2017-06-12

Kurs: 47

Författare: Sonja Messai

Författare: Emma Tollan

Handledare: Britten Enberg Jansson

Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

SAMMANFATTNING

Bakgrund

En person som drabbas av stroke kan uppleva omvälvande känslor av förlust och minskad autonomi. Många drabbade personer tappar hoppet om att en förbättring kan ske vilket kan påverka rehabiliteringen negativt. Det är därför viktigt att belysa hur sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete med strokedrabbade patienter kan stödja friskfaktorer och därmed öka hopp hos patienterna för att uppnå ett snabbare tillfrisknande.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskan kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person som drabbas av stroke.

Metod

En semistrukturerad intervjustudie med kvalitativ ansats genomförd med sex sjuksköterskor verksamma inom den somatiska slutenvården i Stockholms län.

Resultat

Studiens resultat tydliggör sjuksköterskans hoppfrämjande arbete som består av att skapa en känsla av delaktighet hos patienten vilket uppnåddes genom att främja samverkan samt respektera patientens önskemål. Resurser hos patienten identifierades och stimulerades genom att resurserna togs tillvara i ett stödjande klimat, likaså poängterades tillgängligheten gentemot anhöriga. Motivation var ytterligare en viktig faktor i omvårdnadsarbetet och vikten av att identifiera förlust av motivation framkom likväl som värdet av uppmuntran för att öka hopp hos patienten.

Slutsats

Sjuksköterskans förutsättning för att arbeta med friskfaktorer och öka hopp avgjordes av patientens delaktighet och resurser samt att arbetssättet var motiverande med utgångspunkt i det friska hos patienten. Även de anhöriga ansågs vara en resurs och skulle inkluderas i omvårdnaden.

Nyckelord: Friskfaktorer, Hopp, Sjuksköterskans arbete, Stroke

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Att drabbas av stroke.....	1
Upplevelsen av stroke.....	2
Definition av begreppet hopp	3
Sjuksköterskans professionella ansvar.....	4
Rehabilitering	5
Friskfaktorer.....	6
Problemformulering.....	8
SYFTE	8
METOD	8
Val av metod	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
RESULTAT	12
Delaktighet	12
Resurser.....	13
Motivation	15
DISKUSSION	16
Resultatdiskussion.....	16
Metoddiskussion	18
Slutsats.....	19
REFERENSER	20

BILAGA A-D

INLEDNING

I omvårdnadsarbetet med personer som insjuknat i stroke så har vi uppmärksammat deras utsatthet orsakat av minskad autonomi och fysisk nedsatthet i perioden efter sitt akuta insjuknande på vårdavdelningen. I detta arbete studeras hur friskfaktorer kan inge hopp till patienten, och även hur sjuksköterskan kan stimulera friskfaktorerna i sitt omvårdnadsarbete för att på så sätt främja hälsa och tillfrisknande.

BAKGRUND

Att drabbas av stroke

Stroke är den näst vanligaste dödsorsaken i världen hos vuxna och följden för de överlevande blir ofta en funktionsnedsättning för dagliga aktiviteter. 15 miljoner människor i världen drabbas årligen av stroke och av dessa avlider 5 miljoner som en direkt följd av sjukdomen redogör World Health Organization WHO, (2014).

Stroke i Sverige

Enligt Socialstyrelsen (2011) så insjuknar cirka 30 000 personer årligen i stroke i Sverige. Sjukdomen drabbar främst äldre över 65 år där cirka 80 procent drabbas. Bland yngre under 65 år är det främst män som drabbas (cirka 65 procent av de som insjuknar) och för personer som är 85 år eller äldre dominerar kvinnor (cirka 64 procent av de som insjuknar). År 2009 var medelåldern för män som insjuknar 73,4 år och för kvinnor 78,3 år vilket påvisar att män drabbas i genomsnitt fem år tidigare än kvinnor. Cirka 8 000 personer årligen drabbas dessutom av en transitorisk ischemisk attack (TIA), som kan vara ett förbud om stroke rapporterar Socialstyrelsen (2011). Hjärt- och kärlsjukdomar dit stroke räknas in är den vanligaste dödsorsaken i Sveriges befolkning. Dödligheten på grund av stroke har dock minskat i befolkningen de senaste decennierna. Mellan åren 1987 och 2009 minskade dödligheten för kvinnor från 150 till 101 döda per 100 000 invånare och för män från som högst 183 till 128 döda per 100 000 invånare meddelar Socialstyrelsen (2011). Trots att allt färre i befolkningen drabbas av stroke så har en ökning skett bland kvinnor och män i åldrarna 35-44 år där risken att få stroke ökat med 16 respektive 18 procent sedan mitten på 1990-talet och 400 nya fall registreras årligen informerar Folkhälsomyndigheten (2014). Stigande ålder är ytterligare en riskfaktor för att drabbas av stroke. Av de som insjuknade första gången mellan åren 2012–2014 var 69 procent kvinnor och 50 procent män i åldern 75 år och äldre. Detta påvisar att stroke är vanligare bland män relaterat till befolkningens storlek. Antalet fall av drabbade kvinnor är dock lika stort eftersom kvinnorna är fler i den äldsta delen av befolkningen tydliggör Folkhälsomyndigheten (2016).

Patofysiologi och symtom

Då ett blodkärl i hjärnvävnaden brister eller blockeras av en propp resulterar det i syrebrist och minskade näringsämnen till hjärnvävnaden. Den minskade blodtillförseln och skadorna det medför benämns som stroke. Det vanligaste symptomet på stroke är plötslig svaghet eller domningar i ansikte, armar eller ben och ofta är det den ena kroppshalvan som drabbas. Andra symtom är förvirring, kommunikationssvårigheter, synnedsättning, yrsel, förlust av balans eller koordination och svår huvudvärk. Effekterna av en stroke beror på vilken del av hjärnan som skadats och en svårare stroke kan leda till plötslig död rapporterar WHO (2014).

Upplevelsen av stroke

Sundin, Jansson och Norberg (2000) förklarar att upplevelsen för individen som drabbas av en stroke är en katastrofal händelse och anpassningen till de livsförändringar som krävs i samband med insjuknandet blir ofta en stor och mödosam process där den drabbade präglas av känslor av förlust. Vidare menar Sundin et al. (2000) att hela tillvaron rubbas fundamentalt då livsförändringarna innefattar både fysiska, psykologiska och sociala aspekter och detta kan leda till djup besvikelse och rädsla hos personen. Oro för familjen är också en vanligt förekommande faktor som denne kan uppleva. Konsekvenserna av att insjukna i stroke påverkar många vardagliga aktiviteter som tidigare varit självklara som till exempel kommunikation, rörlighet och även att personen kan uppleva känslor av förlust och minskad autonomi. Det är av stor vikt att sjuksköterskan finns nära och uppmärksammar dessa känslor hos personen, i synnerhet om den insjuknade inte förmår att kommunicera känslorna verbalt förklarar Sundin et al. (2000).

Taule, Strand, Skouen och Råheim (2015) beskriver att återhämtning från stroke har en stark existentiell och känslomässig påverkan på en person. Den drabbade personen upplever en särskilt stor känslomässig utmaning i att acceptera det nya livet med en förändrad kropp och detta tillstånd kan vara under flera månader. Viljan att förstå sin situation och uppleva den som värdig främjades av hopp i att kunna fortsätta med tidigare uppskattade aktiviteter som exempelvis resor, socialt umgänge och övriga rutinmässiga vardagsgöromål som upplevdes som viktiga. Förståelsen kring den egna förändrade kroppen, sina känslomässiga reaktioner och förtroende hos sjukvården betonas som avgörande för att uppnå välbefinnande och våga hoppas. Personen med stroke beskriver processen med att lära känna sin nya kropp och sina känslor som en kamp vilket påverkar den egna självkänslan och svårigheter upplevs också i praktiska och sociala aktiviteter. Inläringen av de kroppsliga begränsningarna och resurserna är betydelsefullt för att återfå viss kontroll över den egna förändrade situationen. Rätt förutsättningar är avgörande för att skapa ett nytt meningsfullt liv men trots att personen förlitar sig på sjukvårdens resurser kan känslor av ensamhet i den svåra situationen uppstå menar Taule et al. (2015).

Det nya vardagslivet

Romsland, Grimen och Ingstad (2012) belyser att minnessvårigheter och sviktande uppmärksamhet hos en person med stroke kan leda till att de vardagliga rutinerna och vanorna påverkas betydligt. Viktiga åtaganden glöms bort och tillvaron kan upplevas kaotisk då kontrollen över kroppens funktioner och talförmågan försämras. Det blir lätt att tappa tråden i konversationer, ord glöms bort och social samvaro kan upplevas uttröttande samtidigt som personen försöker dölja sitt problemområde. Känslor av förlorad kontroll över de tidigare rutinmässiga aktiviteterna präglar personens vardag och det kan resultera i ilska, frustration och osäkerhet förklarar Romsland et al. (2012).

Påverkande faktorer

I en intervjustudie av Mendes Nunes och Pina Queirós (2015) med tolv strokedrabbade personer noteras att oro och rädsla för framtiden är framträdande faktorer hos gruppen. Rädslan att belasta sina nära och kära återfanns hos personerna. Likaså kan den ekonomiska oron, rädslan för nytt insjuknande samt omgivningens reaktioner på sjukdomen försvåra livet för personen. En vanligt förekommande faktor som personerna uttrycker är en känsla av att ha berövats sin roll gentemot sin familj, sina barn och barnbarn. En patientgrupp anser sig ha drabbats i alldeles för ung ålder och upplever sig som offer för sin sjukdom. Hos en del av de yngre manliga personerna uppstår dessutom

frågeställningar kring sin sexuella förmåga relaterat till sjukdomsdebuten konstaterar Mendes Nunes och Pina Queirós (2015).

Problemområden

Tre karakteristiska problemområden hos personerna definieras i en studie av Ahuja et al. (2013). De olika områdena är att hitta sin nya identitet i livet efter stroke, att hantera upp och nedgångar i livet samt att livet börjar på nytt och personen behöver lära om allting återigen. Många av personerna upplever sin tillvaro som en pågående kamp med försämringar i muskelfunktion, balans, syn, minne, talförmåga och även trötthet, svälj- och andningssvårigheter. Att hitta sin roll i det nya jaget kan bli en stor utmaning för den drabbade. Det är inte ovanligt att hen ofta upplever sig som en börda för sin familj och övriga omgivning vilket ytterligare kan försvåra återhämtningen till en fungerande tillvaro fastslår Ahuja et al. (2013).

Definition av begreppet hopp

I en studie av Sachse (2007) ställs frågan om vad hopp är. Svaret på frågan är att hopp är en mångsidig konstruktion som härstammar från våra minnen, övertygelser och värderingar. Denna konstruktion ligger till grund för tankar som stärker sinnet och beteenden som främjar hälsa och livskvalitet. Hopp resulterar i positiv utsiktsbild, realistiska förväntningar, mobilisering av energi och en beslutsamhet att uthärda smärta. Sachse (2007) visar på att dessa förhållningssätt ger stor effekt på många biopsykosociala och andliga faktorer vilket är nödvändigt för liv och livskvalitet hos individen. Detta visar hur hopp är personligt för varje individ samtidigt som det är universellt för alla individer menar Sachse (2007).

En livsomställning efter stroke

Bodzek, Franek och Kapusta (2016) konstaterar att livskvaliteten efter stroke oundvikligen försämras. De fysiska begränsningarna upplevs som svårast för personen och med dem medföljer även den mentala otryggheten kring den omformade tillvaron. Rädslan för att drabbas av permanent funktionsnedsättning och att hamna i beroendeställning präglar personen. Det är lätt att enbart fokusera på det sjuka men betydelsen av att lyfta fram resurserna och anpassningspotentialen får inte glömmas bort. Taule et al. (2015) belyser betydelsen av att känna sammanhang i sitt liv och där hopp direkt relateras till hälsa och välbefinnande. Upplevelsen av att leva med stroke präglas av personens förmåga att använda sig av sina tillgängliga resurser och avgörs av om tillvaron är begripbar, hanterbar, strukturerad, meningsfull och inom kontroll.

Viktigt för återhämtningen

Betydelsen av att bevara och uppmuntra hopp bekräftas även i en studie av Tutton, Seers, Langstaff och Westwood (2012) som konstaterar att hopp identifieras som ett användbart verktyg för att stimulera människor att finna meningsfullhet i sin återhämtning från stroke. Begrepp som lidande och en kamp med förtvivlan och hopplöshet urskiljs, likaså ett starkt och realistiskt hopp för återhämtning. Hopp och hopplöshet är känslor som personer som drabbats av stroke får kämpa med vid förlust av sina kroppsliga funktioner, den mentala kapaciteten och autonomin förklarar Tutton et al. (2012).

Travelbees teori om mellanmänsklighet

Travelbee (1966) menar att det är vårdpersonalens roll att hjälpa människor att uppleva hopp för att hantera sitt lidande då en person som känner hopplöshet inte tror på

möjligheten för förbättring i framtiden och därför inte själv kan se lösningar på sitt lidande. Hoppet om hjälp från andra människor finns hos en lidande person även om denne inte önskar att be om hjälp och möjliggör att han kan uthärda svår tragedi och lidande. Travelbees teorier utgår från omvårdnadens mellanmänskliga dimension som uppenbarar sig när båda parter ser varandras mänsklighet. God kommunikation är en förutsättning för att omvårdnaden skall kunna uppnå sitt mål och är därför sjuksköterskans främsta redskap. Mötet och den framväxande relationen mellan sjuksköterskan och personen måste vara präglad av att de båda är människor i första hand och inte formas av rollerna som vårdgivare och vårdtagare då dessa generaliserar och eliminerar individuella särdrag. Lidande är ofta kopplat till en förlust men det är bara människan själv som kan beskriva hur stor eller liten förlusten och lidandet är eftersom det är upplevelsen av lidandet som är det väsentliga och inte någon annans bedömning av storleken på förlusten menar Travelbee (1966).

Sjuksköterskans professionella ansvar

Det professionella ansvaret som sjuksköterskan besitter präglas av etiska riktlinjer. Dessa riktlinjer beskrivs i International Council of Nurses, ICN:s etiska kod, och innefattar fyra tydliga ansvarsområden beskrivna som sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövningen, sjuksköterskan och professionen, sjuksköterskan och medarbetare. All omvårdnad ska utgå från respekt för mänskliga rättigheter, hänsyn till människors värderingar, trosuppfattning, självbestämmande, integritet och värdighet. Omvårdnad är kärnkompetens för den legitimerade sjuksköterskan och innefattar både det vetenskapliga kunskapsområdet likväl som det patientcentrerade arbetet som ska utgå från en humanistisk grundsyn på människan. Det personliga ansvaret som varje legitimerad sjuksköterska har innefattar att fortlöpande utveckla och fördjupa sin yrkeskompetens utifrån forskning samt att inneha ett kritiskt reflekterande förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Ansvar och utveckling

da Silva Pinheiro, de Carvalho Macedo och Nunes da Costa (2014) avser i sin studie att identifiera sjuksköterskors uppfattningar om sin professionella utveckling inom omvårdnad. Resultatet i studien visar att sjuksköterskorna upplever sin profession som ett livslångt lärande där samarbete med och översyn från andra sjuksköterskor är viktigt för den egna individuella utvecklingen. Det finns olika tillvägagångssätt sjuksköterskor kan använda sig av för att utveckla sin arbetsplats och omvårdnaden som sker där, vilket Lees (2010) i sin studie sammanfattar med att utveckling endast kan ske i ett effektivt samarbete med kollegor och medverkande patienter. Nodoro (2014) menar att sjuksköterskans omvårdnadsansvar av personer som drabbas av stroke skall innehålla olika funktioner gentemot de drabbade vars livssituation präglas av ångest. Funktionerna består av en förklarande funktion, en stödjande funktion, en integrerande funktion och en bevarande funktion anser Nodoro (2014).

Omvårdnadsåtgärder

Många personer som får en stroke drabbas av nedsättningar i kommunikationen. Då blir det viktigt för en talpedagog att arbeta med kommunikationsträning för att upprätta och upprätthålla kommunikativ kompetens. Tidsutrymme för kommunikation, att minska bakgrundsljud och störningar, finna alternativa vägar att kommunicera samt att bekräfta förståelse för samtalen är centralt anser Ball och Lasker (2013). Även svårigheter med mobiliteten kan uppstå och då består omvårdnadsåtgärderna av att tillhandahålla

gånghjälpmedel exempelvis rullstol, fot och/eller knäortos, rollator, gångkäpp, patientlift, anpassad säng, toalett- och badanpassning förklarar Kairalla, Winkler och Hua (2016). Swann (2011) belyser att tonvikten ska läggas på att lära sig nya tekniker för påklädning samt att placera alla saker inom räckhåll vid hemipares då ena kroppshalvan blivit förlamad. Hemipares kan leda till att den ena armen är svagare än den andra och då ska den svaga armen kläs på först, likaså vid avklädning. Vårdpersonal kan även hjälpa med att erbjuda kläder som är enklare att användas, exempelvis skor med kardborrband, slip-ons, kläder utan knappar och strumppådragare belyser Swann (2011).

Rehabilitering

För en person med stroke har vårdpersonal en avgörande roll i dennes kroppsliga återhämtning och vårdpersonal fungerar också som en motivator för hopp anser Taule et al. (2015). Professionell expertis samt ett empatiskt, jämlikt bemötande präglad av engagemang och tydlig kommunikation lyfts fram som viktiga rehabiliteringsfaktorer för den drabbade och kan bidra till att tillståndet lättare kan hanteras. Genom att vårdpersonal tar sig tid att lyssna på och bekräfta personen kan autonomi och hopp stärkas hos denne. Det är dessutom viktigt att bekräfta framstegen personen uppnår i sin rehabiliteringsprocess med en optimistisk och entusiastisk grundsyn för att stärka känslan av att personens behandling prioriteras. Balansen mellan optimism och realitet kan dock vara känslig och att vara för optimistisk kan upplevas provocerande för den drabbade personen. Personen behöver aktivt medverka och engagera sig i rehabiliteringsprocessen för att nå framgång med hjälp och stöttning från vårdpersonalen. Det kan upplevas som en trygghet att vårdpersonalen ibland leder rehabiliteringsprocessen och behandlingen anpassat till den drabbade personens nivå då denne emellanåt ej förmår att uttrycka hur hen vill gå vidare (Taule et al., 2015). De drabbade personerna känner lätt av trötthet konstaterar Ahuja et al. (2013) och förtydligar att de drabbade därför måste lära sig att planera sina aktiviteter och hobbys på en individuellt anpassad nivå. Studien påvisar att improvisation, flexibilitet samt att hitta sin individuella energinivå är viktiga faktorer i personernas anpassningsfas till sin nya identitet. Olika hjälpmedel kan öka rörligheten och ge möjlighet att utföra vardagliga aktiviteter förklarar Ahuja et al. (2013) och tydliggör att detta hjälper personerna i återhämtningsprocessen till en fungerande vardag.

Det interprofessionella teamets roll

I rehabiliteringen är samarbetet inom det interprofessionella teamet viktigt för goda framsteg i personens sjukdomsbild. Detta utreds i en studie av Luker et al. (2016) som indikerar att de multidisciplinära rehabiliteringsinsatserna för personer som drabbats av stroke är utmanande och kräver särskilt starkt samarbete mellan professionerna. Ndoro (2014) redogör i sin studie för sambandet mellan ett välfungerande interprofessionellt omvårdnadsarbete och ökad vårdkvalitet samt att ett bristfälligt samarbete istället riskerar att resultera i en undermålig vård. Effektiv kommunikation mellan professionerna visar sig vara centralt för att det interprofessionella teamarbetet ska fungera. Även personen själv behöver vara delaktig i målsättningar och medansvarig för sin utveckling för att nå framsteg konstaterar Ndoro (2014).

Främjandet av psykisk hälsa

Karube et al. (2016) betonar betydelsen av att främja den psykiska hälsan under rehabiliteringsfasen för att på så sätt samtidigt främja den fysiska återhämtningen. I en tvärsnittsstudie med 53 patienter insjuknade i stroke återges att fysisk hälsa, återvändandet till det egna hemmet, utövandet av hobbys, återgången till sitt arbete samt att få träffa sina

barnbarn igen som viktiga faktorer för livskvalitet. En inskränkning i autonomin relaterat till stroke kan skapa både oro, depression, ilska och en känsla av hopplöshet. I detta skede understryker Karube et al. (2016) vikten av att bevara känslan av hopp samt att med rätt anpassad rehabilitering skapa en möjlighet för personen att återfå sin självständighet och lyckas återgå till sitt tidigare liv med arbete, studier och en fungerande vardag. Krzemińska, Bekus, Borodzicz och Arendarczyk (2016) förklarar att rätt undervisning och information är essentiellt för att öka välbefinnandet och livskvaliteten. Terapeutiska undervisande insatser som berör den fysiska hälsan och kroppsfunktionerna ska ges till personen då dessa har störst inverkan på dennes välbefinnande. Även personens närstående samt vårdpersonal ska inkluderas i informationen för att nå det mest gynnsamma resultatet i rehabiliteringsprocessen.

Depression

Souza Rangel, Gonçalves Silva Belasco och Diccini (2013) konstaterar att personen som drabbas av en stroke kan drabbas av depression som en följsjukdom. Detta bekräftas i en korsstudie utförd bland 181 patienter på två rehabiliteringscenter i Maceió, Brasilien, där 49,7 procent av patienterna i studien visar symtom på dysfori eller depression. Faktorer som ökar risken för depression visar sig vara grad av beroendeställning gentemot vårdgivaren, flera insjuknanden, lägre utbildningsnivå, kvinnligt kön och låg ekonomisk status. Yngre personer under 65 år som drabbas av stroke kan försättas i en djup kris. Stor oro över exempelvis den egna ekonomin, familjesituationen och äktenskapet blir hägrande och i detta skede är det viktigt för vårdpersonalen att skapa en helhetsbild över personen och se till det psykiska välmåendet likväl som det fysiska bedömer Souza Rangel et al. (2013). Kuluski, Dow, Locock, Lyons och Lasserson (2014) påtalar att ett stort fokus i dagens sjukvård primärt läggs på att arbeta med den fysiska nedsattheten. För att personen skall kunna uppnå ett helt välbefinnande får dock inte det själsliga arbetet glömmas bort.

Återvinna livskvaliteten

Det är tydligt att den psykologiska effekten på personen som drabbats är stor förklarar Welch (2008). Att förlora kontrollen över sin kropp och att behöva ändra sina levnadsmönster kan leda till en osäkerhet hos denne. Det är därför avgörande att all vårdpersonal tar sig tid att lyssna på personen samt erbjuder valmöjligheter gällande omvårdnaden till denne. Att bistå med utförlig information i det tidiga skedet till personen är också av betydelse för att lyckas bevara hoppet poängterar Welch (2008). Självsikt och acceptans är viktigt då detta underlättar copingstrategierna i det nya livet visar en studie av Souza Rangel et al. (2013). Inläringen av strategierna upplevs som en pågående process och en av deltagarna i studien har identifierat denna inläring som ett viktigt steg till sin nya identitet. Att fortsätta sitt liv som vanligt, att inte identifiera sig som ett offer, att bevara sitt sinne för humor och att ägna sig åt fritidsaktiviteter är övriga strategier för att främja livskvalitet som nämns i en studie av Souza Rangel et al. (2013).

Friskfaktorer

Janlert (2000) förklarar att en friskfaktor är ett förhållande i en individs liv som stödjer hälsa och motarbetar ohälsa. Friskfaktorer utgår från det salutogena perspektivet som fokuserar på de förhållanden som stödjer hälsa. Motsatsen till salutogenes är det patogena perspektivet som fokuserar på de sjukdomsskapande förhållandena i en individs liv tydliggör Janlert (2000). Antonovsky (1991) var den som myntade begreppet salutogenes i sina studier om individens förmåga att bibehålla hälsa. Ordet salutogenes kommer från latinets salus som betyder hälsa och grekiskans genesis som betyder ursprung. KASAM,

känsla av sammanhang, är ett begrepp baserat på tre kategorier vilka är meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet. En individ som känner god KASAM i sin tillvaro har förmågan att bemöta livets upp och nedgångar med bibehållen upplevd hälsa. Därmed kan kategorier som att känna meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet ses som friskfaktorer. Angelöw (2002) menar att utvecklingen inom forskningen idag går mot att finna hur hälsa uppstår och utvecklas snarare än hur ohälsa motverkas och detta benämner Angelöw (2002) som friskhetsfaktorer. I en studie av Roll et al. (2012) identifieras olika faktorer inom en individs arbetsplats och dennes relation till upplevd hälsa. Studien visar att faktorer som generell tillfredsställelse med vardagliga aktiviteter, en stressfri omgivning och känsla av kontroll förklarar 46,3 procent av upplevd god hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen. Dessa faktorer är bra exempel på salutogenes och kan därför kallas friskfaktorer menar Roll et al. (2012). Att stödja en persons friskfaktorer är en hälsofrämjande handling där grundsynen är att oavsett sjukdom och ohälsotillstånd anses människan kapabel till hälsa och välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Hälsofrämjande åtgärder

Soundy, Stubbs, Freeman, Coffee och Roskell (2014) redovisar ett antal faktorer som främjar hopp samt faktorer som kan skapa hopplöshet. De faktorer som presenteras i studien är rehabiliteringsmål som ska vara anpassade till personens förmåga, en aktiv rehabilitering och även kontinuerlig utvärdering av processen. Verktyg och strategier som underlättar den egna kognitiva förmågan och accepterandet av sin nya tillvaro är ytterligare exempel på faktorer. Vårdpersonalens ansvar och råd samt patientnätverk anses viktiga i denna process. Att ge utrymme att tänka över sin framtid och planera framåt samt skapa små uppnåeliga delmål är grundläggande för att upprätthålla hoppet och uppnå god effekt i rehabiliteringen. I processen som innefattar att lära sig leva med sitt nya tillstånd är lyckade framsteg en aspekt som kan väcka hoppet. Nya kunskaper och en acceptans för sin situation, sin egen kropp och dess reaktioner understödjer personen vilket är helt avgörande för hoppet menar Soundy et al. (2014). Utrymme till pauser och förmågan att prioritera det viktigaste lyfts fram för att inte drabbas av bakslag. Även sömn och hälsosam kost kan bidra till att personens väg till god rehabilitering och sitt nya jag inte blir så svår och att hoppet istället främjas (National Stroke Association, 2008).

Vårdpersonalens ansvar

Gallagher (2011) uppmärksammar att vårdpersonalens ansvar blir att skapa en meningsfull terapeutisk relation med personen samt att bekräfta dennes önskemål och behov. Dessa faktorer underlättar rehabiliteringsprocessen. Likaså är en stödjande och uppmuntrande inställning gentemot personen samt förståelse för var i processen denne befinner sig ytterligare friskfaktorer. Att drabbas av stroke leder ofta till nedsatt energinivå och därför är det viktigt att personen lär sig att anpassa sig till den nya nivån och att lyssna till sin kropp (Gallagher, 2011).

Anhörigas inflytande

I en studie av Vincent-Onabajo, Ali och Hamzat (2013) betraktas de anhöriga spela en viktig roll i en framgångsrik rehabilitering av stroke och korrelationen mellan sämre livskvalitet hos de anhöriga och bristfällig rehabilitering tydliggörs. Studien klargör även hur man identifierar de anhörigvårdare som är av störst behov av stödjande insatser (Vincent-Onabajo et al., 2013). Gillespie och Campbell (2011) har studerat hur stroke påverkar relationerna i en familj och hur de som vårdar sin familjemedlem kan få svårt att anpassa sig till sin nya roll som anhörigvårdare. Studien indikerar att då en person drabbas av stroke blir effekten på dennes familj betydande och relationerna inom familjen

förändras. Gillespie och Campbell (2011) identifierar insatser som kan stödja den drabbade och dennes familj genom denna process av förändringar.

Problemformulering

Följden av en stroke är ofta funktionsnedsättning och begränsad autonomi för individen (WHO, 2014). Taule et al. (2015) förklarar att individer som drabbas av stroke uppper att den påföljande återhämtningen upplevs som en fysisk och emotionell kamp som handlar om att lära känna sin kropps resurser och begränsningar då dessa visar sig vara värdefulla för rehabiliteringen samt att stärka känslan av hopp inför framtiden. Vårdpersonalens expertis lyfts fram som en viktig faktor för motivation och en ökad känsla av hopp tydliggör Taule et al. (2015). Sachse (2007) beskriver att känslan av hopp påverkar tankar, sinnen och beteenden och en god känsla av hopp ger motivation som främjar hälsa vilket är nödvändigt för livskvalitet. En resurs hos en individ kan också benämnas som en friskfaktor då Janlert (2000) beskriver en friskfaktor som ett förhållande i en individs liv som stödjer hälsa. En person som drabbas av stroke är under rehabiliteringsfasen i en mycket utsatt position med nedsatt autonomi och kommunikation vilket beskrivs av WHO (2014). Vi ställer oss frågan hur sjuksköterskor kan arbeta ur det salutogena perspektivet för att stödja faktorer som främjar hälsa och ökar hopp.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskan kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person som drabbas av stroke.

METOD

Val av metod

Den valda metoden var en semistrukturerad intervjustudie med kvalitativ ansats. Genom den kvalitativa designen kunde vi identifiera de erfarenheter som sjuksköterskan skaffat sig i den patientnära miljön på vårdavdelningen vilket Henricson och Billhult (2012) menar är en lämplig metod för att söka förståelse inom ett fenomen. Denna datainsamlingsmetod beskrivs även av Kjellström (2012) som ett sätt att komma nära den intervjuade och lämpade sig därav för vår studie. De erfarenheter som sjuksköterskorna delade med sig av belystes med korta citat vilket Kvale och Brinkmann (2014) menar hjälper läsaren att behålla intresset. Citaten har skrivits om från talspråk till skriftspråk då Trost (2010) klarlägger att det gör texten lättare att läsa.

Urval

Det strategiska gruppurvalet med få deltagare ökade möjligheten till att studien genererade viktig information som slutligen kunde bidra med ett svar på forskningsfrågan och detta menar Henricson och Billhult (2012) är det riktiga då fenomenet som studerades kunde beskrivas utförligt och informationsrikt.

Urvalskriterier

Inklusionskriterierna för denna studie var legitimerade sjuksköterskor i Stockholmsområdet som tjänstgjort i minst sex månader på en somatisk vårdavdelning för strokedrabbade. Sjuksköterskornas erfarenhet av strokevård samt arbete inom den

somatiska slutenvården skulle ge författarna möjlighet till variationsrika och djuplodande svar menar Henricson och Billhult (2012).

Urvalsgrupp

Urvalsgruppen i vår studie bestod av sex legitimerade sjuksköterskor med en samlad erfarenhet av fenomenet som behandlades vilket Henricson och Billhult (2012a) menar säkerställer att gruppen skulle kunna berätta om fenomenet. Samtliga var verksamma inom den somatiska slutenvården i Stockholms län. Tre sjuksköterskor arbetade på geriatrisk avdelning och tre arbetade inom hjärnskaderehabilitering. Erfarenhet av strokevård var den gemensamma nämnaren och undersökningsgruppen var bekanta med omvårdnadsåtgärder som kunde främja hopp. En av sjuksköterskorna hade en specialistutbildning inom geriatrik och de övriga var grundutbildade sjuksköterskor. Arbetslivserfarenheten hos sjuksköterskorna var mellan ett och över fyrtio år.

Datainsamling

Den kvalitativa datainsamlingen utfördes genom semistrukturerade intervjuer där en intervjuguide med öppna frågor som stödunderlag användes vid intervjutillfällena. Öppna frågor kan ge detaljerade svar på frågeställningen anser Danielson (2012a) och kommenterar vidare att den semistrukturerade intervjun ökar möjligheten till rika beskrivningar av deltagarna.

Inhämtande av tillstånd

Inför intervjutillfällena tillfrågades arton verksamhetschefer på berörda sjukhus i Stockholms län (*Bilaga A*). Av de arton verksamhetscheferna godkände tre genomförandet av studien inom deras verksamhet. Efter godkännande om deltagande i studien skickades därefter ytterligare information om studien till enhetschefer och de sjuksköterskor som kunde vara lämpliga att intervjua på avdelningarna (*Bilaga B*). Samtliga deltagare erhöll skriftlig och muntlig information om studien och informerats om samtycke inhämtades genom upplysning om det frivilliga deltagandet med möjlighet att avbryta medverkan när som helst. Kjellström (2012) menar att detta förfarande värnar om deltagarnas självbestämmande samt säkerställer att deltagarna kommer ihåg det som sagts.

Intervjuguide

En intervjuguide (*Bilaga C*) användes för att hålla intervjun strukturerad och inom ramen för tidsutrymmet som var beräknad att ta cirka 25-30 minuter. Intervjun bestod av öppna frågor som formulerats i en intervjuguide vilken i sin tur fungerade som ett stöd under intervjutillfället. Ja- och nej frågor uteslöts då svaren som eftersöktes skulle vara med djup samt ge utrymme för deltagarnas individuella reflektioner kring frågeställningen. Guidens syfte i vår studie var att strama upp de väsentliga frågeställningar som berörde ämnet som studerades inom tidsramen för intervjun samt att utmynna i rika och detaljerade svar från deltagarna vilket överensstämmer med Danielsons (2012a) resonemang.

Pilotintervju

Den inledande pilotintervjun gjordes för att se om våra frågeställningar i intervjuguiden svarade mot studiens syfte och kunde besvaras av deltagarna vilket Danielson (2012a) rekommenderar som ett första steg innan den ordinarie intervjun utförs. Pilotintervjun gav oss svar på om det planerade tidsutrymmet för frågorna var realistiskt samt för att säkerställa att den tekniska inspelningsutrustningen fungerade som den skulle vilket

Danielson (2012a) förklarar gav oss en inblick i hur det är att befinna sig i rollen av intervjuare.

Intervjuer

Sex sjuksköterskor intervjuades på sina arbetsplatser på olika sjukhus under maj månad 2017. Samtliga intervjuer genomfördes i enskilda rum på sjuksköterskans avdelning för att undvika störningsmoment men trots detta blev intervjuerna kort avbrutna vid två tillfällen då annan person gick in och ut genom rummet. Vid varje intervjutillfälle återgavs information om studien för sjuksköterskorna och de upplystes om sitt frivilliga deltagande i studien och samtycke om att delta i studien inhämtades muntligen och skriftligen. En diktafon och två mobiltelefoner användes för att spela in intervjuerna som var mellan 11-21 minuter långa och inom det beräknade tidsutrymmet, samtycke till inspelning inhämtades muntligen. Vi turades om att hålla i intervjuerna, där den ena av oss ställde frågor och den andra skötte inspelningsutrustningen samt bistod med eventuella tillägsfrågor.

Dataanalys

Transkribering

I det första stadiet av analysen utfördes transkriberingen av de inspelade intervjuerna. Transkriberingen utfördes samma dag efter genomförd intervju av den författare som utfört intervjun. För att tydliggöra vem som sagt vad markerades deltagarnas svar med D och intervjuarnas frågor med I detta menar Danielson (2014a) gör det enkelt att följa texten. Känslotryck och uppehåll i deltagarnas svar transkriberades likväl för att behålla nyanserna vilket Danielson (2014a) menar skapar en bättre förståelse av texten. Intervjuerna lyssnades igenom en andra gång och jämfördes med transkriberingen för att säkerställa att överföringen av materialet blivit korrekt och inget saknades vilket Danielson (2014a) påstår är nödvändigt för att undvika felaktigheter. Varje transkriberad intervju tilldelades en färgkod för att deltagaren inte skulle kunna identifieras.

Analys av data

Analysen av data genomfördes med en kvalitativ innehållsanalys där innehållet kunde beskrivas och tolkas mer ingående vilket Danielson (2014b) menar är lämpligt vid mindre datamängder. Texten lästes igenom ett antal gånger av båda författarna enskilt för att sedan diskuteras mellan författarna för att skapa en helhetsbild av intervjun. Meningsbärande enheter upptäcktes i texten och sorterades in i grupper utefter dess innehåll av författarna gemensamt. Grupperna svarade mot studiens syfte och de meningsbärande enheterna reducerades efter dess väsentliga innebörd till kondenserade meningsenheter. Fåordiga underkategorier som beskrev de kondenserade meningsenheterens innehåll formades och grupperades i kategorier. Kategorierna studerades för att utesluta att innehållet liknade varandra vilket Danielson (2014b) menar är viktigt.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Underkategori	Kategori
<i>det där med samtal och att hitta de där sakerna som fortfarande funkar</i>	Genom att sjuksköterskan belyser och lyfter fram det friska hos	Ta tillvara på patientens resurser	Resurser

<i>och kanske inge förhoppningar. det är att hjälpa patienten att se det friska, resurserna</i>	patienten kan framsteg i rehabiliteringen nås.		
<i>blir mer passiva och orkar inte ta tillvara på det de kan utan gör sig mer beroende av hjälp. Vill inte riktigt ta emot hjälp, de bara ligger i sängen och allting är bara hopplöst. de är passiva, nedstämda, arga.</i>	Känslan av förlust och avsaknad av motivation hos patienten kan avhjälpas om sjuksköterskan uppmärksammar och förmår identifiera denna förlust.	Identifiera förlust av motivation hos patienten	Motivation

Forskningsetiska överväganden

Vi har under studiens alla moment genomgående reflekterat och beaktat forskningsetiska överväganden vilket enligt Kjellström (2014) syftar till att försvara människors grundläggande värde och rättigheter. För att trygga deltagarnas välbefinnande och rättigheter har etiska principer som människovärdesprincipen och autonomiprincipen tillämpats under samtliga intervjutillfällen samt särskilt beaktats i informerat samtycke och konfidentialitet.

Informerat samtycke

I denna studie blev deltagarna underrättade genom ett informationsbrev (*Bilaga B*) som även innehöll våra kontaktuppgifter. Det informerade samtycket är en process i flera delar som innebär att deltagarnas frihet och självbestämmande skyddas menar Kjellström (2014) och konstaterar att detta ställer stora krav på författaren. Deltagarna erhöll information om studien på sin kunskapsnivå både skriftligt och muntligt för att få så goda förutsättningar som möjligt att förstå informationen. Informationsbrevet innebar att deltagarna även fick betänketid till ett beslut. Vid intervjutillfället presenterade vi oss själva för varje deltagare, upprepade information om studien muntligen och informerat samtycke (*Bilaga D*) inhämtades skriftligt. Vi upplyste även deltagaren om att denne hade rätt att avbryta sin medverkan närhelst denne önskade under pågående studie enligt Kjellströms (2014) inrådan om att deltagarnas val skall vara frivilligt utan yttre påverkan och rättigheten att avbryta när som helst skall vara tydlig.

Konfidentialitet

Inspelat material från intervjuer via en diktafon förvarades inlåst i värdeskåp enligt Kjellströms (2014) rekommendation om att hålla känslig data inlåst för säkrast förvaring och för att bevara deltagarnas konfidentialitet. Det inspelade materialet på mobiltelefoner var lösenordskyddat. Allt inspelat material raderades efter studiens slutförande. För att deltagarna inte skulle kunna identifieras färgkodades samtliga intervjuer och resultatet redovisades utan namn på arbetsplatser vilket Kjellström (2014) anser är en viktig del i konfidentialitet. Känsliga uppgifter och personuppgifter måste värnas om för att inte

obehöriga skall kunna identifiera deltagaren samt för att upprätthålla deltagarnas integritet menar Kjellström (2014).

RESULTAT

Resultatet redogörs utifrån syftet som var hur sjuksköterskan på vårdavdelningen kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person som drabbas av stroke. I den kvalitativa innehållsanalysen identifierades tre kategorier med sju underkategorier vilka illustreras i en överskådlig tabell vilket Henricson och Mårtensson (2012) rekommenderar. De kategorier som framträder är delaktighet, resurser och motivation och underkategorierna presenteras i löpande text. Citat från olika deltagare visar sambanden mellan fynden och återges i kursiv stil för att tydligt kunna urskiljas från övrig text. Genom att tillämpa citat i resultatet stärks studiens trovärdighet menar Henricson och Mårtensson (2012) då de påvisar en bred innehållsanalys.

Tabell 2. Resultatöversikt

Kategorier	Underkategorier
Delaktighet	Främja samverkan Respektera patientens önskemål
Resurser	Identifiera det friska hos patienten Ta tillvara på patientens resurser Tillgänglig för anhöriga
Motivation	Identifiera förlust av motivation hos patienten Uppmuntran

Delaktighet

Samtliga sjuksköterskor menade att patientens delaktighet var betydande för omvårdnaden och att det var sjuksköterskans ansvar att främja samverkan med patienten i rehabiliteringen.

Främja samverkan

Lära känna patienten uttrycktes vara utgångspunkten för att patienten skulle bli delaktig i rehabiliteringen. Sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att lyssna in patientens individuella värderingar och önskningsar då dessa formade rehabiliteringen och dess mål.

det här med personcentrerad vård och att hitta det som är viktigt för just den personen och utgå där ifrån. För att annars kan det vara att man inte lyssnar och säger att jo det här blir bättre men personen ifråga befinner sig någon helt annan stans och det du säger har inget värde för den personen.

Jag tänker på det här att lära känna patienten som person för att man kan inte göra något generellt

Respektera patientens önskemål

Självbestämmande och känslan av delaktighet kring den egna omvårdnaden upplevdes som centralt för patientens välbefinnande. Samtliga sjuksköterskor menade att relationen gentemot patienten skulle präglas av respekt för patientens integritet och att de beslut som fattades kring patientens vård skulle utgå från patientens självbestämmande. Att diskutera och reflektera kring omvårdnaden gemensamt med patienten och vara lyhörd för dennes

önskemål och behov var elementär och delaktighet skulle genomsyra hela vårdvinstelsen även efter utskrivning till hemmet.

...det där är ju ett samarbete som man har tillsammans med patienten.

...att de känner att de fortfarande kan bestämma själv.

Att man hela tiden låter patienten vara delaktig.

Resurser

Det framkom att samtliga sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att arbeta med patienternas resurser för att främja det friska. Alla individer hade inneboende resurser och det var sjuksköterskans roll att lyfta fram dessa.

Identifiera det friska hos patienten

Sjuksköterskorna menade att det var viktigt att finna patienternas resurser som en del i att se till hela individen och inte bara se till det patogena. Genom samtal med och observation av patienterna kunde sjuksköterskorna identifiera faktorer som de ansåg vara resurser. De menade att resurserna skulle tillvaratas under rehabiliteringen för att stödja patientens hälsa.

Just det där med samtal och att hitta de där sakerna som liksom fortfarande funkar och kanske inge förhoppningar.

Att man ska försöka att komma ihåg att se det som funkar och inte alltid bara det som inte funkar.

Det som vi jobbar med är att ta reda på patientens resurser.

Det uttrycktes av sjuksköterskorna att det interprofessionella teamet spelade en viktig roll när det gällde att finna resurserna och att det därför var viktigt med teamarbete.

...alla snappar upp det de hör och ser och sen gör man en plan.

Ta tillvara på patientens resurser

Det framkom att stor vikt lades på att belysa resurserna för att använda dem som en motiverande faktor för patienten. Hela det interprofessionella teamet behövde ha kunskap om patientens resurser för att inte hjälpa till för mycket då det var viktigt att låta patienten klara av så mycket som möjligt själv menade sjuksköterskorna.

Ibland kanske en person inte själv ser vad den kan göra och då kan man ju sätta ord på det.

...det är att hjälpa patienten att se det friska, resurserna.

...uppmuntra till att bibehålla det som man faktiskt kan sköta själv

En sjuksköterska menade att man ibland inte bara skulle belysa resurserna utan även var tvungen att hjälpa till lite för att patienten skulle se att detta kunde fungera.

Försöker visa litegrann vad de kan göra eller inte kan och hjälpa till så att det går.

Närvaro och samtal visade sig vara den form av stöd som samtliga sjuksköterskor ansåg vara det allra viktigaste då de menade att detta ledde till att man lärde känna varandra och förhoppningsvis blev anförtrord av patienten. Samtalen syftade till att lyssna in patienten men resultatet behövde inte innebära att man aktivt gjorde något utan kunde likväl landa i att patienten själv kom till en insikt menade en sjuksköterska.

*...ibland kan det vara att du behöver vara där och lyssna, så får personen sen själv hitta den där vägen
Men just bara att visa att man finns där*

...motivera och uppmuntra och hela tiden stötta men också lyssna in

En sjuksköterska uttryckte att tidsbrist var en problematik för att lyckas stödja patienterna genom sin närvaro i rehabiliteringen.

...jag önskar att man kunde ha mer tid att vara nära patienten

En del patienter gav lätt upp och upphörde att engagera sig i sin återhämtningsprocess vilket beskrevs som en svårighet. Detta menade sjuksköterskorna ställde krav på att de skulle våga driva på patienten i en takt som denne var kapabel att fullfölja. Det var inte ovanligt att det uppstod situationer där patienten behövde extra påputtning menade sjuksköterskorna och att de då behövde motivera patienten lite extra så att denne kunde komma vidare i rehabiliteringsprocessen. Sjuksköterskorna förklarade att det var typiskt för sjukdomsbilden att det inledningsvis skedde en snabb förbättring men att återhämtningen snart kunde bli stillastående och att det då var viktigt att sjuksköterskan var medveten om denna process för att vid behov stödja patienten att våga utmana sig själv.

Och sen så har då ett steg gått bra. Ja, men då kanske vi tar ett till.

Och pusha på dem på ett lite mer bestämt sätt, om man säger så.

...det här med motivation /.../ för det är faktiskt en jättestor bit som man gör.

Tillgänglig för anhöriga

Sjuksköterskorna uppgav anhöriga som en stor resurs för patienten genom hela rehabiliteringen. Samtidigt som de menade på att om de anhöriga skulle orka vara närvarande behövde deras situation uppmärksammas då de också genomgick en stor kris i livet. Det framkom att samtliga sjuksköterskor tyckte att det var värdefullt att visa sig tillgänglig även för de anhöriga genom att trösta och förklara.

Man ska visa att man finns där, och inte bara för patienten utan man finns där för anhöriga också.

...det finns ju anhöriga som har kommit och gråtit och man får liksom krama om dem och prata och stötta och förklara...

Det visade sig att även anhöriga kunde uttrycka frustration och att sjuksköterskorna bemötte det med empati eftersom de menade att detta var ett uttryck för sorg.

Som anhörig kan man också känna sig irriterad

Motivation

Under intervjuerna beskrev sjuksköterskorna betydelsen av att patienten kunde känna hopp för snabbare återhämtning i sin rehabiliteringsprocess.

Identifiera förlust av motivation hos patienten

Sjuksköterskorna beskrev att förlust av hopp hos en person som drabbats av stroke hade flera uttryck vilka kunde sägas vara typiska tecken då de var vanligt förekommande. Ilska, frustration, passivitet, nedstämdhet och apati var några av de känslouttryck som sjuksköterskorna kunde urskilja hos den drabbade patienten och som de var särskilt uppmärksamma på. Sjuksköterskorna upplevde att passivitet kunde försvåra samarbetet mellan patient och sjuksköterska och skapa ett större vårdbehov gentemot patienten.

...blir mer passiva och orkar inte ta tillvara på det de kan utan gör sig mer beroende av hjälp.

Vill inte riktigt ta emot hjälp, de bara ligger i sängen och allting är bara hopplöst.

...de är passiva, nedstämda, arga.

Ett annat tydligt tecken på förlust av hopp som sjuksköterskorna berättade om var ett avstängt beteende hos patienten, att denne saknade insikt i sin sjukdomsbild. Detta beskrevs av sjuksköterskorna som en faktor vilken i hög grad försvårade det ömsesidiga arbetet i rehabiliteringsprocessen.

...ett avstängt beteende, att det är inga problem här.

...alldeles avstängda /.../ det är svårt att samarbeta med dem.

Uppmuntran

Samtliga sjuksköterskor menade att det var fundamentalt att uppmuntra och belysa det friska som funkade hos patienten för att denne skulle känna ett ökat hopp. I deras berättelser lyftes vikten av att göra patienten uppmärksam på de framsteg som gjordes och att en stor del av omvårdnadsarbetet utgjordes av att kontinuerligt peppa och påtala förbättringar för patienten. Patienter kunde ha svårt att själv se sina resurser speciellt då tillståndet kunde förändras till det bättre på ganska kort tid. Att påvisa och uppmuntra även de små framstegen ansågs vara betydelsefullt av sjuksköterskorna.

...det kan bli bättre ganska snabbt. Så att berätta att när man inte ser något hopp själv att det finns en möjlighet att man kan bli bättre.

...i patientens resa hos oss så är det viktigt att de ska se sina resurser /.../ och då ger ju det en känsla av hopp.

...jag kan inte gå nu men hela teamet planerar att jag ska kunna gå om åtta veckor, så att nu känner jag hopp.

Patientens egna resurser lyftes fram som en hoppfrämjande faktor av sjuksköterskorna. Därför ansågs det centralt att uppmuntra patienten att sköta sig själv så långt som möjligt i sina dagliga aktiviteter och att teamet tog ett steg tillbaka, sjuksköterskorna uppgav trots detta att det kunde förbises av teamet på grund av tidsbrist eller av vilja att hjälpa till. Kraften patienten kunde känna i att utföra saker på egen hand belystes som avgörande för hoppet och att detta ej skulle störas.

Att man själv får använda det man kan så mycket som möjligt tror jag hjälper patienten väldigt mycket.

...kunna klara så mycket som möjligt av momenten själv.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

De huvudfynd som framkom i studien var patientens delaktighet, dennes resurser och motivation vilka ansågs vara huvudsakliga komponenter för att komma åt patientens egna kapacitet och därmed öka hopp hos denne. Det tydliggjordes i sjuksköterskornas berättelser att ett patientinkluderande arbetssätt med delaktighet som utgångspunkt kontinuerligt tillämpades i omvårdnaden av patienterna och att fokus låg på patientens egna unika livshistoria. Detta arbetssätt demonstrerar kärnan i den personcentrerade vården ute i verksamhet och vi kunde se att arbetssättet utgjorde ett fundament för samtliga omvårdnadsåtgärder samt tillämpades även gentemot patientens anhöriga.

Utifrån resultatet i denna studie kunde noteras att det ibland kunde vara svårt för sjuksköterskorna att uppnå förståelse hos patienten om betydelsen av de delmål som ingick i rehabiliteringen. En sjuksköterska beskrev att vissa patienter inte begrep syftet med träning och då gällde det att skapa en varaktig allians med patienten där denne kunde komma till insikt att träningen gjordes för dennes skull. Detta arbetssätt stämde överens med Travelbees (1966) teori där det tydliggörs att det åligger på vårdpersonalen att hjälpa människor att uppleva hopp och därmed våga tro på att en förbättring kan komma att ske i framtiden.

Framsteg i rehabiliteringen kunde endast nås då patienten fullt ut kunde inse fördelarna som samverkan med sjuksköterskan och teamet medförde, såsom förkortad vårdprocess och större välbefinnande under tiden på avdelningen. Sjuksköterskorna i studien berättade om hur de kontinuerligt inbjöd och inspirerade patienten till delaktighet i sin egen omvårdnad vilket var avgörande för tillfrisknandet. Denna process kunde liknas vid ett samarbete och var förenligt med Travelbees (1966) teori om att en lyhörd och inkluderande attityd som utgår från en jämlik grundsyn hos sjuksköterskan kan stärka patientens välbefinnande och hopp.

För att kunna arbeta mot ett tillfrisknande hos patienten behövde sjuksköterskan inledningsvis kunna urskilja och utforska de unika krafter som fanns i varje individ och som kännetecknade oss som människor. Vi ställde oss frågan om det kan vara svårt för en sjuksköterska utan erfarenhet av den specifika omvårdnad som

strokedrabbade behövde att upptäcka patientens resurser och tillgodose dem eller var behovet universellt? En sjuksköterska berättade om sina erfarenheter av patienter som dolde sin kapacitet för vårdteamet men istället lyfte fram vad de kunde då anhöriga kom på besök vilket kunde relateras till Vincent-Onabajo, Ali och Hamzats (2013) studie där anhöriga beskrivs ha en viktig roll för en framgångsrik rehabilitering. För att nå ett helt tillfrisknande och lyckad rehabiliteringsprocess hos patienten menar vi att sjuksköterskan behövde arbeta utifrån det holistiska perspektivet i all sin omvårdnad och vi upplevde att detta infriades genom de berättelser vi fick ta del av ute i verksamheterna.

I samtliga sjuksköterskors berättelser tydliggjordes värdet av den kommunikativa förmågan i vårdarbetet och framställdes som kännetecknande för god vård samt en närhet till patientens resurser vilket korrelerade med Travelbees (1966) teori om kommunikation som det främsta redskapet för sjuksköterskan. Vi ansåg att ett respekterande förhållningssätt som grundade sig i allas lika värde var också viktigt i mötet med patienter och möjliggjorde att deras fulla potential kunde visa sig. En sjuksköterska menade att vårdteamets likvärdiga empatiska bemötande av en patient som till en början inte upplevdes vilja samarbeta genererade i att de snart kunde nå patientens resurser och en ömsesidig samverkan kunde upprättas vilket kunde relateras till Travelbees (1966) teori som skildrar omvårdnadens mellanmännsliga dimension där båda parter ser varandras mänsklighet.

En av sjuksköterskorna upplevde att en del patienter kunde känna skam gentemot sina anhöriga relaterat till de begränsningar som sjukdomen medfört och att det då var angeläget att lyssna in och stötta dessa patienter men också att belysa det friska hos dem för att stärka självkänslan. Detta arbetssätt stämde överens med det som Bodzek et al. (2016) återger i sin studie om att resurser och anpassningspotential hos patienten alltid ska lyftas fram och beaktas. Likaså kunde arbetssättet liknas med det som Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver i att stödja en persons resurser med en grundsyn att oavsett ohälsotillstånd så anses människan kapabel till hälsa och välbefinnande.

Sjuksköterskorna beskrev en avsaknad av motivation som många patienter med stroke gav uttryck för vilket kunde resultera i ett stillastående stadium i rehabiliteringen och att det avgörande framåtskridandet i återhämtningsfasen därmed uteblev. Att få med patienten på resan mot tillfrisknande i de svårare stunderna ansågs av sjuksköterskorna vara essentiellt för omvårdnadsarbetet och för att tillsammans med patienten nå de mål som satts upp av teamet. Sjuksköterskorna beskrev att det ofta hände att patienter efter insjuknandet till en början kände sig optimistiska och inte ansåg sig ha några problem. Vi tolkade detta förhållningssätt som en indikation på att de ännu inte nått medvetenhet om sitt insjuknande eller att de helt enkelt inte förmådde hantera situationen. Efter en tid så kom de dock till insikt om sin situation och kunde då tappa motivationen och hoppet om förbättring vilket ställde krav på vårdteamet att finnas där för att stärka personen och förmå denne att fortsätta sin återhämtning.

Sjuksköterskornas roll bestod av att få patienterna att upptäcka de lyckade framsteg som de uppnådde för att öka drivkraften att fortsätta rehabiliteringen vilket även konkretiseras i en studie av Soundy et al. (2014).

Sjuksköterskorna upplyste om värdet av att göra en realistisk och tidsbestämd vårdplan i samråd med patienten och dennes närstående då detta ansågs utgöra en

viktig beståndsdel i att främja många patienters motivation. Genom att förklara för patienten att återgången till det egna hemmet låg inom räckhåll såvida de fortlöpande följde sitt träningschema så kunde hoppet väckas. Vi menade att ett för långvarigt uppehälle på en vårdavdelning kunde få motsatt effekt för rehabiliteringsprocessen och att en snabbare återgång till hemmet istället främjade tillfrisknandet vilket vi upplevde att även sjuksköterskorna indirekt instämde i. Den motivationsfrämjande faktorn som relaterades till upprättande av vårdplan och att få återvända hem stämde överens i Sachsés (2007) studie där fastställande av mål och betydelsen av framtidsorientering nämns som fundamentala för hoppet och därmed motivationen. Att se sina medpatienters framsteg kunde vara ytterligare en motivationshöjande aspekt som en sjuksköterska beskrev.

Metoddiskussion

Då syftet var att beskriva hur sjuksköterskan kunde stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person som har drabbats av stroke ansågs kvalitativ metod passa studien då designens utgångspunkt var de upplevda erfarenheterna inom ett fenomen. Detta var förenligt med Henricson och Billhult (2012) som förklarar kvalitativ metod som användbar för att söka förståelse inom ett fenomen. Valet av metod diskuterades mycket kort innan kvalitativ metod valdes för studien då metoden ansågs passa syftet bäst. Den kvalitativa metoden resulterade sannolikt i att vi kom deltagarna nära nog för att göra en djupare analys av deras upplevelser då Henricson och Billhult (2012) menar att metoden härrör ur den holistiska traditionen. Ett annat val av metod hade kunnat vara en kvantitativ enkätstudie med strukturerade frågor som kunnat generera ett bredare men ej lika ingående resultat vilket Billhult och Gunnarsson (2014) beskriver. Detta ansågs ha försämrat studiens överförbarhet då detaljer hade kunnat gå miste om. Genom sökningar i omvårdnadsvetenskapliga databaser framkom att det fanns gediget med material om sjukdomsbilden som var föremål för studien. Litteraturoversikt hade därför kunnat svara på studiens syfte och gett ett mer generaliserbart resultat vilket Rosén (2014) menar är på grund av att litteraturstudier består av en större andel källor. Däremot fanns intresset av ett mer djupgående resultat och därför valdes kvalitativ intervjustudie. Våra tidigare kunskaper inom fenomenet som studerades reflekterades över för att öka medvetenheten av dess eventuella indirekta betydelse för studien vilket Henricson och Billhult (2012) menar tydliggör forskarens uppdrag i skapandet av resultatet och visar på behovet av ett öppet förhållningssätt för att inte färga studien.

Det strategiska urvalet bestod av sex sjuksköterskor med mellan ett och över fyrtio års erfarenhet i yrket och inom olika verksamheter. Vi reflekterade över att urvalskriteriet för yrkeserfarenhet inom området som studerades var minst sex månader. Detta kan ha varit en brist för studien då det blev tydligt vid dataanalysen att längre yrkeserfarenhet gav mer innehållsrika berättelser. Urvalskriterium minst tre års erfarenhet hade kunnat stärka studien. Deltagarna bestod av sjuksköterskor i varierande ålder vilket vi tror bidrog till variationsrika berättelser och detta menar Henricson och Billhult (2014) ger ett bra underlag för att svara på syftet. Det eftersöktes åtta deltagare till studien men på grund av låg svarsfrekvens blev deltagarna totalt sex vilket först oroade oss men vid dataanalysen visade det sig att tydliga gemensamma nämnare framkom likväl. Detta överensstämmer med Henricson och Billhults (2014) mening att vikten bör ligga i bredden av deltagarnas varierade erfarenheter snarare än antalet deltagare och att ett stort datamaterial snarare kan försvåra.

Genom de semistrukturerade intervjuerna framkom innehållsrika berättelser som svarade på studiens frågeställningar och genererade ett resultat som svarade på studiens syfte vilket höjde studiens trovärdighet. Tid och plats för intervjuerna valdes av deltagarna då vi trodde detta skulle göra det enklare för deltagarna att delta i studien. Intervjuerna utfördes i olika rum på avdelningarna där deltagarna arbetade och under deras arbetstid. Detta kan ha stressat deltagarna men det var inget som uttrycktes av dem eller uppfattades av oss trots att intervjuerna blev avbrutna vid två tillfällen då annan person gick in och ut genom rummet. Vår följsamhet i datainsamling och dataanalys iaktogs då vi interagerade med deltagaren och tidigare kunskaper eller antaganden hos oss då kunde få indirekt betydelse för resultatet.

Slutsats

Delaktighet, resurser och motivation var de tre centrala huvudfynden i vår studie och utgjorde en förutsättning för att sjuksköterskan kunde lyckas i sitt omvårdnadsarbete med att lyfta patientens friskfaktorer och därmed öka hopp hos denne. I vårt resultat av studien framkom att sjuksköterskor på somatiska vårdavdelningar visade på insikt och kunskaper kring ett hoppfrämjande arbetssätt gentemot strokedrabbade och det patientcentrerade synsättet genomsyrade hela verksamheten. Betydelsen av att stödja patienten genom hela rehabiliteringsprocessen genom att skapa delaktighet, motivera och stödja det friska framställdes tydligt i samtliga sjuksköterskors berättelser. Hänsyn togs även till helhetsbilden genom att inkludera de anhöriga i omvårdnaden då dessa ansågs vara en betydelsefull resurs.

Fortsatta studier

Vi bedömer att fortsatta studier kring sjuksköterskans hoppfrämjande arbete relaterat till strokepatientens resurser kunde behövas. Behoven och omvårdnadsåtgärderna för strokedrabbade patienter kan vara ganska specifika och därav skulle en kvantitativ studie utförd på specialiserade strokerehabiliteringsavdelningar kunna vara ett värdefullt komplement till de kunskaper som sjuksköterskor inom andra inriktningar både inom öppen- och slutenvården redan har.

Klinisk tillämpbarhet

Hopp är ett begrepp som är universellt för alla människor men innebörden och tolkningen av begreppet kan likväl skifta mellan individer. Troligast är dock att många sjuka patienter inom den somatiska vården upplever en förlust av hopp och är i likhet med strokedrabbade i behov av stöttning, motivation och riktade insatser av sjuksköterskan och vårdteamet för att väcka hoppet för att nå individens resurser. Genom att belysa ett omvårdnadsarbete som utgår från och främjar det friska hos patienten kan en snabbare rehabiliteringsprocess nås och hoppet främjas. Vår förhoppning är därav att denna studie kan vara en tillförande faktor i sjuksköterskors likväl som övrig hälso- och sjukvårdspersonals arbete inom den somatiska slutenvården.

REFERENSER

- 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), sidor 36-43. Hämtad från <https://pnz.org.nz/journal>
- Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser*. Studentlitteratur: Lund.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans Mysterium*. Natur och kultur: Stockholm
- Ball, L.J., & Lasker, J. (2013). Teaching partners to support communication for adults with acquired communication impairment. *Perspectives on Augmentative & Alternative Communication*, 22(1), sidor 4-15. Hämtad från <http://perspectives.pubs.asha.org/sigs.aspx>
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2014b). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl., ss. 116-126). Lund: Studentlitteratur AB.
- Bodzek, S., Franek, & G., Kapusta, Z.N. (2016). Selected Aspects of the Quality of Life of Patients After Ischemic Stroke. *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing*, 5(2), sidor 69-75. doi: 10.15225/PNN.2016.5.2.5
- da Silva Pinheiro, G. M., de Carvalho Macedo, A. P. M., & Nunes da Costa, N. M.V. (2014). Collaborative supervision and professional development in nursing. *Revista de Enfermagem Referência* 4(2), sidor 101-109. doi: [10.12707/RIII1381](https://doi.org/10.12707/RIII1381)
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl., ss. 164-174). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2014b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:5 uppl., ss. 330-343). Lund: Studentlitteratur AB.
- Folkhälsomyndigheten (2014). *Stroke ökar i yngre medelåldern*. Hämtad 28 april, 2017, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/maj/stroke-okar-i-yngre-medelaldern/>
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016: Insjuknande i Stroke*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23257/Folkhalsan-i-Sverige-2016-16005.pdf>
- Gallagher, P. (2011). Becoming normal: A grounded theory study on the emotional process of stroke recovery. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33(3), sidor 24-32. Hämtad från <http://cann.ca/canadian-nursing>
- Gillespie, D., & Campbell, F. (2011). Effect of stroke on family carers and family relationships. *Nursing standard*, 26(2), sidor 39-46. doi: [10.7748/ns.26.2.39.s51](https://doi.org/10.7748/ns.26.2.39.s51)

- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design: Urval. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl., ss. 130-137). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Mårtensson, J. (2012). Publicering av examensarbete: Resultat. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl., ss. 570-581). Lund: Studentlitteratur AB.
- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Natur och kultur: Stockholm.
- Kairalla, J.A., Winkler, S.L., & Hua, F. (2016). Understanding the Provision of Assistive Mobility and Daily Living Devices and Service Delivery to Veterans After Stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(1), sidor 1-10. doi: [10.5014/ajot.2016.015768](https://doi.org/10.5014/ajot.2016.015768)
- Karube, N., Sasaki, A., Hondoh, F., Odagiri, C., Hagii, J., Seino, S., Yasujima, M., & Osanai, T. (2016). Quality of Life in Physical and Psychological Health and Social Environment at Posthospitalization Period in Patients with Stroke. *Journal of Stroke & Cerebrovascular diseases*, 25(10), sidor 2482-2487. doi: [10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.06.022](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.06.022)
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl., ss. 70-89). Lund: Studentlitteratur AB.
- Krzemińska, S., Bekus, A., Borodziej, A., & Arendarczyk, M. (2016). Analysis and Evaluation of Subjective Quality of Life in a Group of Patients after Ischemic Stroke. *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing*, 5(2), sidor 58-68. doi: [10.15225/PNN.2016.5.2.4](https://doi.org/10.15225/PNN.2016.5.2.4)
- Kuluski, K., Dow, C., Locock, L., Lyons, R. F., & Lasserson, D. (2014). Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 9, sidor 1-12. doi: [10.3402/qhw.v9.22252](https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22252)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lees, L. (2010). A practitioner's guide to service development. *Nursing Management-UK*, 17(7), sidor 30-35.
- Luker, J.-A., Craig, L.-E., Bennett, L., Ellery, F., Langhorn, P., Wu, O., & Bernhardt, J. (2016). Implementing a complex rehabilitation intervention in a stroke trial: a qualitative process evaluation of AVERT. *BMC Medical Research Methodology*, 16(11), sidor 1-11. doi: [10.1186/s12874-016-0156-9](https://doi.org/10.1186/s12874-016-0156-9)
- Mendes Nunes, H.J., & Pina Queirós, P.J. (2015). Exploratory Study of Patients' Life Situation after a Stroke. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), sidor 101-107. Hämtad från <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/>

- National Stroke Association (2008). *Tiredness after Stroke. Factsheet 18*. Stroke Association: London. Hämtad 12 april, 2017, från <http://www.stroke.org/we-can-help/survivors/stroke-recovery/post-stroke-conditions/physical/fatigue>
- Ndoro, S. (2014). Effective multidisciplinary working: The key to high-quality care. *British Journal of Nursing*, 23(13), sidor 724-727. doi: [10.12968/bjon.2014.23.13.724](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.13.724)
- Roll, S., Erlandsson, L-K., Carlsson, G., Horstmann, V., Gard, G., & Holmström, E. (2012). Health factors in the everyday life and work of public sector employees in Sweden. *Work*, 42(3), sidor 321-330. Hämtad från <http://www.iospress.nl/>
- Romsland, G.I., Grimen, H., & Ingstad, B. (2012). Experiences of crisis after acquired brain injury. An ethnographic study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 32(2), sidor 9-14. Hämtad från <http://journals.sagepub.com/home/njn>
- Rosén, M. (2014). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl., ss. 430-444). Lund: Studentlitteratur AB.
- Sachse, D. (2007). Hope: more than a refuge in a storm. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 13(1), 1546-1553. Hämtad från <https://www.researchgate.net/journal/0968-0624-The-international-journal-of-psychiatric-nursing-research>
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationell utvärdering 2011-Strokevård: Insjuknade i stroke*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18369/2011-6-21.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationell utvärdering 2011-Strokevård: Dödlighet i stroke*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18369/2011-6-21.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), sidor 210-218. Hämtad från <http://www.magonlinelibrary.com/toc/ijtr/21/5>
- Souza Rangel, E.S., Gonçalves Silva Belasco., A., & Diccini., S. (2013). Quality of life of patients with stroke rehabilitation. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), sidor 205-212. Hämtad från http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-2100&lng=en&nrm=iso
- Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Communication with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), sidor 481-488. Hämtad från <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcn.2000.9.issue-4/issuetoc>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk->

[sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf](https://www.sjukskoterskeforening.com/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Swann, J. (2011). Helping residents who struggle to dress. *Nursing & Residential Care*, 13(12), sidor 598-601. Hämtad från <http://www.magonlinelibrary.com/toc/nrec/13/12>

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), sidor 651-661. doi: [10.1111/scs.12193](https://doi.org/10.1111/scs.12193)

Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. DAVIS Company.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D., & Westwood, M. (2012). Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), sidor 2061-2069. doi: [10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x)

Vincent-Onabajo, G., Ali, A., & Hamzat, T. (2013). Quality of life of Nigerian informal caregivers of community-dwelling stroke survivors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), sidor 977-982. doi: [10.1111/scs.12017](https://doi.org/10.1111/scs.12017)

Welch; R. (2008). Considering the psychological effects of stroke. *British Journal of Healthcare Assistants*, 2(7), sidor 335-338. Hämtad från <http://www.magonlinelibrary.com/toc/bjha/2/7>

World Health Organization [WHO]. (2014). *Stroke, Cerebrovascular accident*. Geneva: WHO. Hämtad 10 april, 2017, från http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

BILAGA A

Stockholm 2017-04-11

Till verksamhetschef
Namn
Avd. X, Verksamhet X

Vi heter Emma Tollan och Sonja Messai och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör hur sjuksköterskan på vårdavdelningen kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person med stroke (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av att få genomföra arbetet vid avdelning X, Verksamhet X.

Om Du godkänner att studien genomförs vid Verksamhet X, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid Verksamhet X är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Students namnteckning
Emma Tollan _____
Students namnförtydligande
Students telefonnummer
emma.tollan@stud.shh.se _____
Students E-postadress

Students namnteckning
Sonja Messai _____
Students namnförtydligande
Students telefonnummer
sonja.mesai@stud.shh.se _____
Students E-postadress

Handledares namnteckning
Britten Enberg Jansson _____
Handledares namnförtydligande
08-406 28 68 _____
Handledares telefonnummer

Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll

Arbetets titel: Hur sjuksköterskan på vårdavdelningen kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person med stroke

Problemområdet beskrivs kortfattat: strokedrabbade patienter kan lätt förlora hoppet vilket kan påverka rehabiliteringsprocessen

Syftet med arbetet anges: Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskan kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person som har stroke och nu vårdas och rehabiliteras på vårdavdelning.

Arbetets design och metod för datainsamling beskrivs kortfattat: En kvalitativ intervjustudie

Tidslängd för arbetet: 3 april till och med 9 juni

Verksamhet X, avd. X
Sjukhus X
Adress X
Postadress X

Stockholm 2017-04-11

Förfrågan om deltagande

Vi heter Emma Tollan och Sonja Messai och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans hälsofrämjande arbete på vårdavdelning för patienter med stroke.

Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med sjuksköterskor som väljs utifrån följande kriterier; minst sex månaders erfarenhet inom strokevård. Vi skulle därför vilja intervjua 7-8 sjuksköterskor som tjänstgör på avdelning X gällande deras erfarenheter av att bevara och främja hopp hos strokedrabbade patienter. Intervjuerna beräknas ta cirka 25-30 minuter.

Strokedrabbade patienter kan lätt förlora hoppet vilket kan påverka rehabiliteringsprocessen. Stroke orsakar fysiska, psykologiska och sociala förändringar för patienter, och dessa förändringar kan leda till frustration och rädsla hos patienten. Oro för familjen är också en vanligt förekommande faktor som patienten kan uppleva. Konsekvenserna av att insjukna i stroke påverkar många vardagliga aktiviteter som tidigare varit självklara, bland annat kommunikation och rörlighet, och patienten kan uppleva känslor av förlust och minskad autonomi, visar en studie av Sundin et al., (2000).

Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskan kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person som drabbats av stroke och nu vårdas och rehabiliteras på vårdavdelning.

Vi vill utföra en kvalitativ intervjustudie vars syfte är att tolka upplevelser och erfarenheter av hoppfrämjande insatser gällande strokepatienter ur sjuksköterskans perspektiv.

Utgångspunkten i studien ska vara att beskriva och förstå sjuksköterskans omvårdnadshandlingar som främjar hopp hos patienten och genom den kvalitativa designen kan vi belysa de erfarenheter som sjuksköterskan skaffat sig i den patientnära miljön på vårdavdelningen. Dessutom kan vi genom den kvalitativa metoden komma nära den intervjuade, vilket troligen stärker studien.

Vår målsättning är att presentera vår frågeställning och syftet med denna så tydligt som möjligt för den intervjuade för att undvika eventuella missstolkningar. Dessutom kommer vi att inhämta samtycke från intervjupersonerna under varje specifikt intervjutillfälle, samt i samråd med verksamhetschefen löpande ta hänsyn till eventuella konfidentiella uppgifter rörande patientsäkerhet och sekretess.

Med vänlig hälsning

Sophiahemmet Högskola

Studerande Emma Tollan, Sonja Messai

E-postadress: emma.tollan@stud.shh.se, Sonja.Messai@stud.shh.se

Handledare Britten Enberg Jansson 08-406 28 68

E-postadress: britten.jansson@shh.se

Intervjuguide

Hur sjuksköterskan på vårdavdelningen kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person med stroke

Problemområdet: stokedrabbade patienter kan lätt förlora hoppet vilket kan påverka rehabiliteringsprocessen

Syftet är att beskriva hur sjuksköterskan kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person som drabbats av stroke, och nu vårdas och rehabiliteras på vårdavdelning.

Intervjufrågor:

1. Hur länge har du varit verksam sjuksköterska?
2. Hur lång erfarenhet har du av rehabilitering av hjärnskador?
3. Har du någon specialistutbildning?
4. Kan du berätta om din erfarenhet av att stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person drabbad av stroke?
5. Hur identifierar du förlust av hopp hos en person drabbad av stroke?
6. Vilka omvårdnadsåtgärder kan du tillämpa för att bevara och främja hopp hos en person drabbad av stroke?
7. Skulle du vilja tillägga något som du inte tycker kom fram under intervjun?

BILAGA D

SAMTYCKE FRÅN DELTAGARE

Jag har tagit del av information om att delta i studien: ”*Hur sjuksköterskan på vårdavdelningen kan stimulera friskfaktorer för att öka känslan av hopp hos en person med stroke*”.

Jag är införstådd med att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst har möjlighet att avbryta mitt deltagande utan att behöva uppge orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke och godkännande att delta i denna studie.

Ort, datum

Namnsteckning, Deltagare

Namnförtydligande, Deltagare