

PERSONERS UPPLEVELSER AV AFASI EFTER STROKE

En litteraturöversikt

PEOPLES' EXPERIENCES OF POST-STROKE APHASIA

A Literature Review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 221031

Författare: Moa Bäck
Författare: Vendela Bjälkelid

Handledare: Yvonne Börnesdotter
Examinator: Marie Tyrrell

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Stroke är globalt sett den näst största orsaken till död och funktionsnedsättning, och afasi är en av de vanligaste komplikationerna till stroke. Afasi innebär mindre eller större kommunikationssvårigheter i tal och skrift, något som kan påverka både personen med afasi och omgivningen. Svenska sjukvårdslagar beskriver hur autonomi och personcentrerad vård är viktigt, något som vårdpersonal kan uppleva svårt att uppfylla vid afasi på grund av kommunikationssvårigheter och brist av kunskap.

Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva personers upplevelser av afasi efter stroke.

Metod

Metoden bestod av en icke-systematisk litteraturöversikt med 17 vetenskapliga artiklar, både kvantitativ och kvalitativ samt mixad metod. Artiklarna hittades i databaserna PubMed och CINAHL med hjälp av sökord. Alla artiklar kvalitetsgranskades enligt Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering och analyserades genom en integrerad analys för att framställa huvud- och underkategorier.

Resultat

Vid sammanställningen av resultatet identifierades två huvudkategorier: *Den minskade kommunikationsförmågans påverkan på det dagliga livet* och *vikten av stöd och hopp*, även åtta underkategorier identifierades. Resultatet visade att personer med afasi efter stroke kunde uppleva både negativa och positiva känslor samt en minskad delaktighet och förändrad identitet till följd av minskad kommunikationsförmåga. Det framkom att en brist på kunskap om afasi finns både i samhället och inom hälso- och sjukvården, vilket upplevdes påverka livet med afasi negativt. Stöd från familj och vänner var viktigt men även hopp för framtiden.

Slutsats

Den här litteraturöversikten visade att samhällets och sjukvårdens kunskaper skulle leda till ökad delaktighet för personer med afasi, vilket i sin tur skulle öka personens upplevelse av trygghet i vården och bland andra människor. En ökad kunskap kan även leda till att vården blir mer personcentrerad och därmed kunna leda till ett ökat välmående hos personer med afasi.

Nyckelord: Afasi, hälso- och sjukvård, kommunikationssvårigheter, personers upplevelser, stroke

ABSTRACT

Background

Stroke is globally the second largest reason for death and disability. Aphasia is one of the most common complications after a stroke. Aphasia means minor or major communication difficulties in speech and writing, something that can influence both the person with aphasia and their surroundings. Swedish healthcare laws show how important autonomy and person-centred care is, something that healthcare professionals can experience is hard to achieve because of the communication difficulties and lack of knowledge.

Aim

The aim of this literature review was to describe the persons' experiences of post-stroke aphasia.

Method

The method consisted of a non-systematic literature review based on 17 scientific articles that were found in the databases PubMed and CHINAL, with help from keywords. Both quantitative, qualitative, and mixed method were included. A quality review based on Sophiahemmet University assessment basis for scientific classification and quality was made and then analysed with an integrated data analysis to identify main- and subcategories.

Results

The results are presented under three main categories: *The effect of reduced ability of communication on daily life* and *the importance of support and hope*. Eight subcategories were also identified. The result showed that people with aphasia experienced both negative and positive emotions, and a decreased participation and changed identity as a result of changes in the ability to communicate. The results showed that there was a lack of knowledge of aphasia both in the community and in healthcare, something that they experienced affected their life with aphasia negatively. Support from family and friends were important as well as hope for the future.

Conclusion

This literature review showed that the improved knowledge in society and health care leads to an increased autonomy for people with aphasia, which would increase their experience of safety in healthcare and among other humans. Increased knowledge can also lead to a more person-centred care and therefore lead to an increased well-being for people with aphasia.

Keywords: Aphasia, communication difficulties, health care, peoples' experiences, stroke

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Stroke	1
Strokevården.....	3
Kommunikation.....	4
Afasi	4
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar	6
Teoretisk utgångspunkt	8
Problemformulering	9
SYFTE	9
METOD	10
Design.....	10
Urval.....	10
Datainsamling.....	11
Kvalitetsgranskning.....	14
Dataanalys	14
Forskningsetiska överväganden	15
RESULTAT	16
Den minskade kommunikationsförmågens påverkan på det dagliga livet.....	16
Vikten av stöd och hopp.....	21
DISKUSSION	24
Resultatdiskussion	24
Metoddiskussion.....	29
Slutsats	33
Fortsatta studier	34
Klinisk tillämpbarhet.....	34
Författarnas bidrag	35
REFERENSER	36

BILAGA A-B

INLEDNING

I Sverige drabbades år 2020 ungefär 25 400 personer av minst en stroke (Socialstyrelsen, 2021b). Afasi är en av de vanligaste komplikationerna efter en stroke och i Sverige år 2020 drabbades ungefär 3600 personer (Socialstyrelsen, 2020). Afasi innebär svårigheter att både utföra samt förstå tal och skrift. Kommunikation är en viktig del av vardagen, och kommunikationsproblemen blir väldigt påtagliga när de inte funnits innan. Kommunikationen har även en stor roll i mötet med patienter inom vården, och genom att förstå hur patienten upplever kommunikationssvårigheter relaterat till afasin kan vårdpersonal lättare hjälpa patienten vid mötet (Hemsley et al., 2012). Då stroke och afasi är vanligt innebär det att många sjuksköterskor möter personer med afasi (Socialstyrelsen, 2020). Denna icke-systematiska litteraturöversikt ska belysa hur personer upplever sin afasi efter stroke. Då författarna upplever att det finns kunskapsluckor både i samhället och inom vården, men även då afasi efter en stroke är ett vanligt funktionshinder. Kunskap kan ge sjuksköterskor en större möjlighet för att ge dessa patienter ett bra bemötande och en evidensbaserad omvårdnad.

BAKGRUND

Stroke

Stroke är en av de vanligaste sjukdomarna och statistiskt kommer globalt en av fyra personer över 25 år någon gång under sin livstid att drabbas av en stroke (Feigin et al., 2022). Socialstyrelsen (2020) hävdar att stroke globalt sett är den näst vanligaste orsaken till funktionsnedsättning och död, samt att det är den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. Stroke omfattar olika kärlsjukdomar i hjärnan som kan ge akuta neurologiska symtom. Enligt World Health Organization (WHO, 2022) drabbas årligen 15 miljoner människor av en stroke och Feigin et al. (2022) hävdar att det globalt finns över 101 miljoner människor som fortfarande lever och har erfarenheter av att drabbas av en stroke. Av de 15 miljoner människor som årligen drabbas är det fem miljoner människor som avlider till följd av stroke (WHO, 2022). Enligt Feigin et al. (2022) och Socialstyrelsen (2020) finns det skillnader globalt och geografiskt i andelen människor som drabbas i de olika kategorierna av stroke (Owolabi & Agunloye, 2013). Kategorierna är ischemisk stroke, intracerebrala blödningar och subarachnoidala blödningar. Ischemisk stroke innebär en blodpropp i hjärnans blodkärl och omfattar globalt ungefär 62 procent av fallen och i Sverige 85 procent (Feigin et al., 2022; Socialstyrelsen, 2020). Intracerebrala blödningar är blödningar inne i hjärnvävnaden och omfattar 28 procent av fallen globalt och i Sverige tio procent. Resterande tio procent globalt och fem procent i Sverige orsakas av subarachnoidala blödningar som innebär en blödning mellan hjärnhinnorna (Feigin et al., 2022; Socialstyrelsen, 2020).

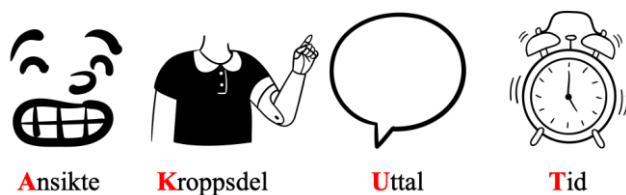
Enligt Socialstyrelsen (2020) leder stroke till att syrebrist uppstår i någon del av hjärnan vilket leder till att hjärnceller i det området dör. Det är minst risk för att dö av en transitorisk ischemisk attack (TIA) där symtom är kvar upp till 24 timmar (WHO, 2022). TIA innebär att det uppstår en tillfällig störning av hjärnans blodcirkulation som inträffar av en blodpropp som snabbt löses upp (Socialstyrelsen, 2020). För att minska risken för allvarliga hjärnskador krävs omedelbar vård. Enligt Socialstyrelsen är dödligheten för intracerebrala blödningar cirka 30 procent och cirka tio procent för akut ischemisk stroke (Socialstyrelsen, 2020).

Risikfaktorer

Enligt Goldstein et al. (2011) finns det riskfaktorer för att drabbas av stroke vilka kan delas upp i två; de modifierbara riskfaktorerna och icke modifierbara. De modifierbara riskfaktorerna är exempelvis hypertension, diabetes mellitus, högt kolesterol i blodet, hjärt- och kärlsjukdomar, rökning, fysisk inaktivitet, övervikt och alkoholkonsumtion. I en studie som utfördes 2012 framkom det att 13,2 procent av alla patienter med stroke redan hade fått diagnosen hypertension innan de fick en stroke (Owolabi & Agunloye, 2013). Enligt Socialstyrelsen (2020) är hypertension den enskilt viktigaste riskfaktorn för hjärnblödning. Icke modifierbara riskfaktorer kan vara sådana som ålder, kön, låg födelsevikt, etnicitet samt ärftliga faktorer (Goldstein et al., 2011). Kön är en riskfaktor då män insjuknar i stroke i högre utsträckning än kvinnor (Socialstyrelsen, 2020, 2021b). Stroke kan inträffa i alla åldrar men är i stor omfattning vanligare hos äldre människor (Socialstyrelsen, 2021b). I Sverige år 2020 var 74 procent av de stokedrabbade 70 år eller äldre och en övervägande del av dem avled. Mindre än fyra procent av de som drabbades av stroke i Sverige år 2020 var under 50 år. Enligt Owolabi och Agunloye (2013) är det ur ett globalt synsätt vanligast att drabbas av stroke i medelåldern och medianen är 60 år.

Symtom och komplikationer vid stroke

Symtomens varaktighet och svårighet kan variera, och kan leda till långvariga och uttalade neurologiska funktionsbortfall (Socialstyrelsen, 2020). Symtomen för ischemisk stroke visar sig i många fall olika för män och kvinnor (Jerath et al., 2011). För kvinnor visar sig symtomen i de flesta fall som generaliserad svaghet, men även symtom som fatigue, desorientering, förändrat allmäntillstånd och feber är vanliga. För män är de vanligaste symtomen domningar eller stickningar i huden, svårigheter för samordning av rörelser samt dubbelseende. I en undersökning av Jones et al. (2013) sågs det att få av de stokedrabbade nämnde vanliga varningssymtom och tecken enligt FAST (face, arm, speech, time), som är motsvarande till symtomtestet som används i Sverige som kallas AKUT-testet (ansikte, kroppsdel, uttal, tid) (Socialstyrelsen, 2020). Enligt Wall et al. (2008) innebär AKUT-testet att kontrollera om någon sida av ansiktet hänger, samt kontrollera om det finns svårigheter att exempelvis lyfta båda armarna och om språket är sluddrigt eller osammanhängande. På grund av syrebristen i hjärnan är tiden till behandling av stor vikt. AKUT-testet illustreras i figur 1.



Figur 1. Författarnas egen illustration av AKUT-testet (Bilder tagna från office 365, powerpoint).

I studien av Jones et al. (2013) hade 161 av totalt 592 personer haft alla karakteristiska symtom på stroke, det vill säga ansiktssvaghet, kroppssvaghet och talsvårigheter. Det vanligaste symtomet för de drabbade personerna var talsvårigheter.

Personer som får stroke drabbas vanligtvis av olika typer av komplikationer. Dessa inkluderar motorisk nedsättning, halvsidig förlamning (pares) och/eller svårigheter att kommunicera (Zelano, 2020). Heminnelekt är ett dolt funktionshinder efter stroke som innebär att omgivningen som finns på ena sidan av kroppen inte uppfattas.

Orienteringssvårigheter och minnesstörning samt fatigue är även vanliga komplikationer efter stroke. Sväljsvårigheter och svårigheter med blås- och tarmtömningar förekommer också. Efter en tid drabbas även ett flertal av personerna av depression på grund av sina komplikationer och ibland svårigheter att genomföra vardagliga rutiner. Enligt Zelano är det inte helt ovanligt att drabbas av flera komplikationer samtidigt. I en annan studie utförd av Kim et al. (2017) var de vanligaste komplikationerna efter stroke blåsdysfunktion och sömnsvårigheter. Andra vanligt förekommande komplikationer var olika infektioner som exempelvis urinvägsinfektion och lunginflammation. I studien kunde det även ses att komplikationer efter stroke var vanligare vid högre ålder. Av de 15 miljoner människor i världen som årligen drabbas av en stroke är det fem miljoner som drabbas av permanenta komplikationer till följd av detta (WHO, 2022). Omvårdnad vid stroke handlar om omvårdnad efter de komplikationer som personer drabbats av (Wergeland et al., 2021). Därav kan omvårdnaden se ganska olika ut för olika patienter. Patienten kan behöva hjälp med aktivering i sängen, vid rörelsesvårigheter efter sin stroke, även gångträning och balansträning. Patienten kan behöva hjälp med kost och träning av sväljfunktion om personen drabbats av sväljsvårigheter (Wergeland et al., 2021).

Strokevården

Stroke är en av de vanligaste folksjukdomarna i Sverige och har en stor påverkan på samhällets funktioner och ekonomi (Folkhälsomyndigheten, 2021). Detta då konsekvenserna i många fall påverkar människors arbetsförmåga negativt och ökar ett behov av vård och stöd i vardagen. De centrala rekommendationerna för omvårdnad vid stroke som utformats av Socialstyrelsen (2020) förväntas innebära de största ekonomiska konsekvenserna för hälso- och sjukvård. Detta då de nya riktlinjerna exempelvis innebär ett ökat resursbehov av både vårdpersonal och vårdplatser, vilket leder till brist på legitimerad personal. Det förväntas dock att de ökade kostnaderna kompenseras med tiden då det kan leda till ett minska vård- och rehabiliteringsbehov i framtiden. Riktlinjerna bidrar till mål i Agenda 2030 som är en handlingsplan utformad av FN som ska stödja planetens och människors välbefinnande. Dessa riktlinjer bidrar till delmål 3.4 som innebär hur förebyggande behandlingar och insatser ska minska andelen människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar (Regeringen, u.å.; Socialstyrelsen, 2020). De uppdaterade nationella riktlinjerna är ett stöd för vårdprioritering och beslutsfattande och ska öka möjligheten för att resurser fördelas efter behov (Socialstyrelsen, 2020). De nationella riktlinjerna innefattar både den akuta behandlingen samt rehabilitering i tidig och sen fas (Socialstyrelsen, 2020).

Brist av stöd till anhöriga

Anhörigas val att ge omsorg blir inte längre frivilligt när de offentliga insatserna inte räcker till (Socialstyrelsen, 2021a). Det kan leda till en negativ påverkan av anhörigas livsvillkor då de tar ansvar för områden där de offentliga insatserna brister. Nedskärningar och omorganiseringar av omsorgsområden och vård innebär även en förskjutning av ansvar till de anhöriga. Det ska vara samma kvalitet av vård- och omsorg runt om i landet, men det finns geografiska ojämlikheter vilket påverkar förutsättningar för en god omsorg och jämlik hälsa. En del familjer har uppgett att de känner sig tvingade att flytta för att få tillgång till insatser och vård som inte erbjuds där de bor, vilket i sin tur skapar en ökad påfrestning på de kommuner och regioner folk flyttar till. Det kan även i vissa fall innebära en stor kostnad för familjen (Socialstyrelsen, 2021a). Enligt Folkhälsomyndigheten (2021) ser insjuknanden i stroke olika ut i landet, det är till exempel minst insjuknade i Stockholms län och högst insjuknanden i Jämtlands län. I en studie av Arntzen och

Hamran (2015) upplevde anhöriga att det fanns en fördom att de skulle ta hand om den strokedrabbade men att det för vissa innebar att ens egna känslor och behov blev negligerade. De lägger sin egen hälsa åt sidan, något som kan leda till andra medicinska problem i framtiden (Grawburg et al., 2013). En del anhöriga uttryckte även en besvikelse över hälso- och sjukvården som inte uppmärksammade deras behov av stöd (Arntzen & Hamran 2015). Överlag kände anhöriga att den primära vården och den sekundära rehabiliteringen endast fokuserade på patienten. Många anhöriga blev efter en tid medvetna om hur de glömt bort sig själva samt andra familjemedlemmar (Arntzen & Hamran; Grawburg et al., 2013). Det kom även fram att de anhöriga som var gifta eller partner med den strokedrabbade upplevde ett totalt förändrat sexliv med en minskad intimitet och kvalitetstid (Arntzen & Hamran, 2015). I en studie med Gawulayo et al. (2021) uttryckte anhöriga som tog hand om en person som drabbats av stroke, hur det gav ett psykologiskt trauma på grund av den osäkra framtiden. De anhöriga uttryckte en rädsla över att förlora sin familjemedlem (Gawulayo et al., 2021).

Kommunikation

Kommunikation kan enligt Fossum (2019) definieras som ett ömsesidigt utbyte, något som går att dela med någon eller några, samt något som blir gemensamt och något att vara delaktig i. Även Sigurd et al. (u.å.) beskriver i nationalencyklopedin kommunikation som ett ömsesidigt utbyte, samt som överföring av information mellan människor, växter, djur eller apparater. Kommunikation och hur väl den blir tillfredsställd är en förutsättning för en psykisk, social och kulturell utveckling. Den främsta grundläggande formen av mänsklig kommunikation är intrapersonell kommunikation som sker mellan familj, vänner och kollegor. I en studie av Gozalova et al. (2016) handlar kommunikation om det verbala uttrycket men även det icke verbala uttrycket. Icke verbal kommunikation kan vara kroppsspråk, men även känslor och tonläge på rösten. Icke-verbal kommunikation eller signaler tillåter att lyssnaren kan föreställa sig vad talaren känner och tycker. Enligt Fossum (2019) innebär verbal kommunikation det som sägs men även det som finns mellan raderna, det vill säga det osagda. Inom sjukvården är språkbruket och kommunikationen väsentligt men att förstå vad en annan person säger och menar kan vara svårt (Fossum, 2019). En bristande kommunikation i sjukvården innebär en otillräcklig mängd av information vilket enligt Blackburn et al. (2019) kan påverka personers psykiska hälsa och välbefinnande. Sjukvårdspersonal uppgav att somliga patienter som sökte hjälp på en akutmottagning fick alldeles för lite mängd information och förklaring av exempelvis olika behandlingar, vilket upplevdes ge dessa patienter ångestkänslor. När patienter upplevdes ha ångestkänslor uppfattade sjukvårdspersonal att den information som gavs inte uppfattades. I en studie av Blackburn et al. upplevde sjukvårdspersonal att det fanns för lite tillgänglig skriven information, vilket kan påverka patientupplevelsen på sjukhus negativt (Blackburn et al., 2019).

Afasi

Afasi är vanlig komplikation efter stroke och innebär att patienten har svårigheter med att skriva och tala samt svårigheter att förstå muntligt och skriftligt språk (Socialstyrelsen, 2020). Vidare uppskattar Socialstyrelsen att det år 2020 var ungefär 3600 personer som drabbats av afasi efter en stroke i Sverige och som även har kvarstående svårigheter. Språksvårigheter som uppstår varierar individuellt och kan förbättras för några med övning medan det för andra förblir en funktionsnedsättning (Brady et al., 2016; Socialstyrelsen, 2020). Afasi efter en stroke är vanligare hos äldre än yngre vuxna (Ellis & Urban, 2016),

där 15 procent av personer under 65 år drabbas av afasi efter en stroke men över 65 år ökar andelen till 43 procent (Engelter et al., 2006). Konsekvenserna och påverkan av att få afasi för individerna, familjen och samhället åskådliggör hur viktigt det är med hjälp av effektiv hantering och rehabilitering (Brady et al., 2016; Socialstyrelsen, 2020). Behandlingen för afasi är inte universell, utan det finns många olika teoretiska tillvägagångssätt, leveransmodeller och interventionsregimer för att underlätta och förbättra rehabiliteringen. Enligt Papathanasiou et al. (2013) har det setts skillnader i hur väl en person återhämtar sig från sin afasi beroende på om den är orsakad av en blödning eller en blodpropp. Återhämtningsprocessen är mer gynnsam för personer som drabbats av en blödning.

Diagnosen afasi och stroke påverkar inte bara den som drabbats utan det drabbar även individens familj, där anhöriga kan se skillnader i sitt humör, personlighet och energi (Grawburg et al., 2013). De kan uppleva känslor som irritation, frustration och sorg, samt har även en stor risk att drabbas av depression. I en studie av Gawulayo et al. (2021) var det totalt 80 procent av de anhöriga som upplevde svårigheter med kommunikation till den strokedrabbade på grund av språksvårigheterna. Det sociala livet förändras även för de anhöriga då mer tid läggs till familjemedlemmen med afasi och post-stroke (Grawburg et al., 2013). Vid vård och rehabilitering av den drabbade med afasi bör familjecentrerad vård användas enligt Grawburg et al., något som även Socialstyrelsen (2020) rekommenderar. Det finns studier som visar att sjuksköterskor vanligtvis upplever svårigheter att kommunicera med patienter som har afasi. Upplevelser av att kommunikationen och mötet med patienten försämras när personen har afasi (Carragher et al., 2020). I många fall har sjuksköterskan ett kortare samtal med patienten och kontrollerar inte på samma sätt att informationen som givits har nått patienten något som kan påverka patientens delaktighet och autonomi.

Typer av afasi

Vilka svårigheter som patienten får beror på vilken typ av afasi som personen drabbats av (National Institute of Deafness and Communication Disorders [NIDCD], 2015). De vanligaste typerna av afasi efter en stroke är *wernickes*, *broccas* och *global afasi*. *Wernickes afasi* innebär att personen kan prata men meningarna och orden kan vara osammanhängande och det kan vara svårt att förstå vad personen säger (NIDCD, 2015; Potagas et al., 2013). De har även svårt att förstå vad andra säger och därmed svårigheter att följa med i konversationer. *Broccas afasi* innebär att personen kan förstå när andra talar men har svårigheter att få fram det den vill säga i stället används vanligen kortare meningar eller uttryck. Det kan även variera mycket mellan svårigheter antingen förlorar man talet helt eller så har personen endast svårt att hitta ord (Potagas et al., 2013). *Global afasi* är en variant där personen har stora svårigheter att både förstå och tala (NIDCD, 2015; Potagas et al., 2013). Förståelse, namngivning, upprepning, läsning och skrivförmåga är svårt nedsatt. Denna typ av afasi orsakas i flertalet fall av en total ocklusion av den vänstra mellersta cerebrala artären (Potagas et al., 2013). *Broccas och Wernickes afasi* har fått namn efter vilka områden i hjärnan som är drabbade vid dessa svårigheter. Med dessa varianter kan personerna även ha olika svårigheter av afasi, mild, måttlig och svår, samt minimalt med språk. Resultatet av afasin kan skilja mellan personer, och den stora indikatorn till återhämtning är initial svårighetsgrad tillsammans med det påverkade området och hur stort område som påverkats (Plowman et al., 2012).

Behandling och hjälpmedel vid afasi

Behandling av afasin ska utifrån de nationella riktlinjerna innebära en språklig träning med logoped som anpassas till afasins svårighetsgrad och karaktär (Socialstyrelsen, 2020). Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården ska erbjuda intensiv språkträning till personer som drabbats av afasi till följd av en stroke. Dock är den språkträning som erbjuds idag mestadels lågintensiv på grund av bristen på logopeder. Lågintensiv språkträning innebär en tid som är mindre än fyra timmar i veckan, över fyra timmar räknas språkträningen som intensiv. Det ska även erbjudas kommunikationsträning till anhöriga, som exempelvis olika kommunikationsstrategier (Socialstyrelsen, 2020). Tal- och språkträning har visats fungera för många som drabbats av afasi efter stroke och i Sverige är det främst logopeder som rehabiliterar patienter med afasi (Brady et al., 2016). Det kan hjälpa patienten att skriva dagbok om vad som händer under dagarna om patienter klarar av det, för att kunna se tillbaka och reflektera över framsteg (Wergeland et al., 2021).

Det finns idag ett flertal hjälpmedel som personer med afasi kan ta hjälp av i sin vardag. Ett exempel är program som hjälper till att stava ord rätt åt personen (Johansson-Malmeling et al., 2021). Något som underlättar i det skriftliga språket eftersom det är allt viktigare i dagens samhälle. En annan variant av kommunikationshjälpmedel är alternativ och kompletterande kommunikation [AKK] (Beuckelman & Light, 2020). Detta är kommunikationshjälpmedel som antingen inte kräver någon extra utrustning eller teknologi, eller så kräver de låg- eller högteknologiska hjälpmedel.

Kommunikationshjälpmedel utan extra utrustning kan vara gester, tecken, ögonblinkkoder och vokaliseringar. Enligt Beuckelman och Light är exempel på lågteknologiska hjälpmedel kommunikationsbrädor samt bildsystem medan exempel på högteknologiska hjälpmedel är talgenereande teknologier, där mobiltelefoner är en variant. AKK är en metod som redan används inom vården, men som kommer att utnyttjas och utvecklas mer i framtiden med den teknologiska utveckling som sker idag (Dietz et al., 2020).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Enligt HSL (SFS 2017:30) är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde samt för människans värdighet och autonomi. Vården ska även tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande. Det krävs att omvårdnaden sker så att integritet och värdighet bevaras, samt att patienten och närstående känner sig sedda och förstådda (Hemsley et al., 2012). För att detta ska ske krävs det att patienten får en personcentrerad vård, vilket innebär att sjuksköterskan tar hänsyn till personens upplevelse av situationen likväl som att utgå ifrån personens resurser (Ekman et al., 2020).

Sjuksköterskan behöver bygga en relation till sin patient för att kunna anpassa vården efter dennes behov, och för att gemensamt nå de mål som sätts upp för patienten (Ekman et al., 2020). Relationen skapar ett partnerskap mellan sjuksköterskan och patienten, där personcentrerad vård även innebär att beslutsfattandet delas upp (McCance & McCormack, 2019). Patienter ska ses som egna individer och inte försvinna i patient-begreppet. När det gäller patientupplevelse är de viktigaste begreppen emotionella och psykiska erfarenheter, personliga interaktioner, kultur och patientdelaktighet. Patientupplevelse är inte endast vid ett tillfälle utan påverkas av flera olika faktorer som exempelvis patientens tidigare erfarenheter av hälsa i det dagliga livet samt tidigare erfarenheter av möten med hälso- och sjukvården (Wolf et al., 2014). Patientupplevelse handlar inte enbart om att patienten ska

ha förväntningar eller känna en tillfredsställelse och att vården varit individanpassad, utan vården ska även överensstämma med de vårdprinciper som är personcentrerade. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har patienten rätt till delaktighet i beslut gällande sin vård och ska utgå från patientens egna önskemål och förutsättningar. Den personcentrerade vården innebär att sjuksköterskan ska respektera personens tolkning och upplevelse av hälsa och ohälsa (Bergbom, 2019). Genom ett personcentrerat förhållningssätt blir vården mer säker.

Sjuksköterskans ansvar är bland annat att se till att vården är patientsäker (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2016; Ödegård, 2019). För att kunna genomföra en säker vård krävs flera kompetenser som legitimerade sjuksköterskor ska ha i beaktande (Bergbom, 2019). De andra fem kärnkompetenserna utöver säker vård är personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och informatik. Säker vård finns för att minska risken för fel och skador i arbetet med patienten (Ödegård, 2019). Risken för missöden ökar när kommunikationen inte fungerar som den ska både mellan vårdprofessioner och mellan sjuksköterska och patient. Även informationsbrist samt kommunikationshinder påverkar säkerheten negativt. Kommunikation bygger på en ömsesidighet mellan båda parterna, men trots att båda har goda avsikter kan det lätt bli fel och missförstånd kan uppstå (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2016). Detta är något som är viktigt för sjuksköterskan att beakta vid vård av personer med afasi eftersom de har svårt att kommunicera men även att ta in information.

Omvårdnadsansvar i mötet med personer med stroke

Den plötsliga och i vissa fall långa sjukhusvistelsen medförde svårigheter för de drabbade att ta in vad som hade hänt (Kitson et al., 2013). En tillmötesgående sjukvårdspersonal var viktig då det de drabbade inte alltid hade så lätt att be om personlig hjälp, i synnerhet när det handlade om sådant patienterna var vana vid att klara av själva. För att kunna hantera den nya livssituationen efter stroke är de viktigaste faktorerna att få en snabb diagnos och behandling enligt de drabbade (Alexandrov et al., 2019). Det fanns även ett starkt behov av att sjukvårdspersonal snabbt fanns där som ett emotionellt stöd. Det var också viktigt med tydlighet över vilka valmöjligheter som fanns kring behandlingsalternativ för att öka delaktigheten. Genom en bekräftelse över varför en stroke inträffat kunde patienterna få en känsla av trygghet. I en studie av Alexandrov et al. efterfrågades utbildning om tidiga varningstecken och riskfaktorer ifall en till stroke skulle inträffa för att snabbt kunna identifiera symtomen och söka hjälp.

Vid strokevården är sjuksköterskans omvårdnadsansvar att finnas nära patienten under dygnets alla timmar, för att bevaka patientens vitala parametrar och basala behov (Wergeland et al., 2021). Vitala parametrar är något som är avgörande för behandlingsresultatet i eftervården av stroke. National Early Warning Score 2 (NEWS2), är det bedömningsinstrument som används vid mätning av vitala parametrar (Royal College of Physicians, 2017). Vilket innebär bedömningar på parametrar som andningsfrekvens, syresättning, systoliskt blodtryck, puls, temperatur och grad av vakenhet. Inom strokevården används även flera olika skattningsskalor för att bedöma allvarlighetsgrad, prognos, möjliga interventioner och rehabiliteringsstrategier (Kasner, 2006). För detta behövs ett flertal olika mätinstrument, där den mest använda är *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) (Lyden, 2017). Skattningsskalor som *Barthel Index* (BI), *modified Ranking Scale* (mRS), *Glasgow Outcome Scale* (GOS) och *the Stroke Impact Scale* (SIS) används också i vissa fall. NIHSS är en skala som underlättar vid tidig prognos och allvarlighetsgrad (Kasner, 2006). Det är en skala som är skapad för kliniska undersökningar och forskning men som även idag används i praktiken i

sjukvården (Lyden, 2017). Skalan har inte förändrats sedan början av 2000-talet då den modifierade NIHS-skalan framkom. För att använda skalan rekommenderas att personal har utbildning hur den ska användas, då reliabiliteten av skalan ska vara så hög som möjligt. NIHSS är ett bra verktyg för att snabbt se allvarlighetsgraden av en stroke (Lyden, 2017). BI är användbar för att planera rehabilitering, då den undersöker de grundläggande aspekterna för aktivitetsrelaterad egenvård och rörlighet (Kasner, 2006). GOS och mRS används för att undersöka funktionshinder av en stroke, de här två skalorna graderar från inget funktionshinder till avliden. SIS är ett skattningsverktyg för att undersöka effekten av stroke utifrån patientens perspektiv och för att framför allt undersöka funktionshinder under de första tre månaderna efter insjuknande.

Omvårdnadsansvar i mötet med personer med afasi

Enligt Hemsley et al. (2012) behöver sjuksköterskan ha kunskap kring hur patienten upplever sin afasi efter stroke, mötet med vården och sitt vardagliga liv. Sjuksköterskan behöver också vara uppmärksam på svårigheter personen kan ha för att samla in den information som behövs, kunna bygga ett förtroende och därmed genomföra en god omvårdnad när kommunikationen mellan patienten och vårdgivaren är bristande. Det är viktigt att sjuksköterskan förstår att den bristande kommunikationen inte ska ses som ett hinder utan endast en utmaning och därefter kunna arbeta förbi den för att ge den bäst möjliga vården till patienten. Genom att veta hur patienten upplever vården och bemötandet kan de ge motivation att lyssna lite längre på patienten och ta tid till att lära känna patienten (Hemsley et al., 2012). I en studie av Cheba et al. (2014), diskuterades olika strategier för att förstå vad patienten behövde och att sjuksköterskans erfarenhet underlättar för att förstå patienten. Genom att använda kroppsspråk i samband med tydliga korta meningar underlättar det både för patient och sjuksköterska vid afasi. Det är viktigt att sjuksköterskan behåller tålamodet och bidrar till en lugn och trivsamt miljö för patienten (Hemsley et al., 2012; Wergeland et al., 2021). Det är även viktigt att sjuksköterskan förstår patientens omvårdnadsbehov och önskemål trots att patienten har svårt att framföra önskemålen. Sjuksköterskan ska även ge patienten tid för att kommunicera för att bevara patientens autonomi (Hemsley et al., 2012).

Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkt som användes för att diskutera och analysera resultatet är Callista Roy's adaptionsmodell [RAM] (Roy, 2009). Modellen innehåller strategier för att kunna anpassa sig till en föränderlig miljö och få hjälp med copingprocesser för att hitta en balans. Enligt Roys adaptionsmodell är målet med omvårdnaden att förbättra livsprocesser för att kunna främja adaption. Adaption beskrivs som den process där människors tankar och känslor förändras baserat på deras medvetenhet och valmöjlighet inför olika situationer. Därmed kan en mänsklig och miljömässig anpassning uppnås. I RAM beskrivs adaptionssystem, vilket är människans sätt att kunna reagera positivt på de förändringar som sker (Roy, 2009).

Roys adaptionsmodell bygger på fyra adaptiva funktionsområden, de representeras i olika kategorier. De fyra kategorierna är *fysiologiskt-fysiska funktioner*, *självuppfattning/gruppidentitet*, *rollfunktion* och *ömsesidigt relaterande* (Roy, 2009; Roy, 2011). Det är genom dessa fyra kategorier som reaktioner till och interaktioner med omgivningen sker och anpassning kan observeras. De *fysiologiska funktionerna* beskrivs av Roy (2009) som sättet personer interagerar med andra och omgivningen. Kategorin *självuppfattning/gruppidentitet* är indelat i individen och gruppen, där individen har

behovet av en tydlig identitet, där självuppfattning är en sammansättning av känslor och föreställningar som individen har kring sig själv. Gruppidentiteten är en adaptiv funktion som tillkommer i gruppens behov av att uttrycka sin egen identitet och integritet. Kategorin *rollfunktion* beskrivs av Roy som hur individer hanterar sociala interaktioner med andra människor och behovet av att ha kunskap om sin självuppfattning. Detta för att kunna agera på ett funktionellt sätt i det sociala livet, samt för individens och gruppens funktion och plats i samhället. Vad gäller kategorin *ömsesidigt relaterande* ligger fokuset på interaktioner kopplat till att ge och ta emot kärlek, respekt och värde. Det handlar om att kunna balansera behovet av andra människor med behovet av självständighet. Roy definierar även hanteringsprocesser som kan vara medfödda eller förvärvade sätt att reagera på och påverka den föränderliga miljön. Medfödda hanteringsprocesser ses i allmänhet som automatiska processer som människan inte behöver tänka på själv. Förvärvade hanteringsprocesser utvecklas då personen lär sig av olika händelser (Roy, 2009).

Enligt Roy (2009) är stimuli allt som påverkar människan och i Roys adaptationsmodell finns tre stimuli som är relevanta; *fokala*, *kontextuella* och *residuala stimuli*. *Fokala stimuli* har en tydlig påverkan på människans uppmärksamhet som exempelvis vid smärta. De flesta fokala stimuli lägger vi inte märke till då miljön runt om oss alltid förändras. *Kontextuella stimuli* är alla andra stimuli som finns runt omkring i situationer som bidrar till fokala stimuli, med andra ord är kontextuella stimuli de miljöfaktorer som presenterar sig för människans adaptiva system antingen inifrån eller utifrån. Detta bidrar till hur väl individen klarar av fokala stimuli exempelvis smärta. Det kan vara enklare att hantera smärta om ursprunget till smärtan är känd och att det kommer gå över. *Residuala stimuli* är inre och yttre faktorer vars effekter i den aktuella situationen inte är lika tydliga. Det kan bland annat handla om attityder och värderingar som har sitt ursprung i individens historia, som erfarenheter av hälsa och ohälsa, samt vård. Afasi efter en stroke är en händelse och upplevelse som kan skapa obalans hos en människa. Det är flera stimuli som påverkar människan, vilket leder till att stroke och afasi är händelser som människor anpassar sig olika bra till. Därav kan RAM användas som hjälp för att diskutera resultatet i denna litteraturöversikt (Roy, 2009).

Problemformulering

Stroke är globalt den andra största orsaken och i Sverige den tredje största orsaken till död och funktionsnedsättning. Det är något som leder till stora kostnader för samhället och påfrestningar på hälso- och sjukvården men även personliga förluster som lidande. Stroke är en sjukdom som kan leda till många komplikationer där afasi är en av de vanligaste. Komplikationer som språksvårigheter kan vara temporära eller kroniska och kan påverka hur personer blir bemötta i samhället och hur de upplever mötet med vården. Det kan även påverka om de känner sig förstådda eller förstår information. Det är viktigt att ta reda på hur personer med afasi upplever den stora förändringen i det dagliga livet, för att kunna stötta och ge en personcentrerad vård. I den här studien är fokuset på att undersöka hur personer upplever sin afasi efter en stroke. Hur personer upplever sin afasi är viktig kunskap för sjuksköterskan för att ge en god vård och för att kunna bevara autonomi och delaktighet hos personer med afasi efter en stroke.

SYFTE

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva personers upplevelser av afasi efter stroke.

METOD

Design

Metoddesignen som användes var icke systematisk litteraturöversikt. En litteraturöversikt innebär att artiklar och forskning granskas och sammanställs för att få en sammanfattande bild över ett forskningsområde (Kristensson, 2014; Rosén, 2017). I en icke systematisk litteraturöversikt granskas endast ett urval av artiklar och forskning inom området (Friberg 2022b; Kristensson, 2014). Forskningen sammanställdes för att se nuvarande kunskapsläget och var kunskap saknades. Sammanställningen av forskning skapade möjligheter för en mer evidensbaserad vård, då läsaren genom denna litteraturöversikt sett flera sidor av detta forskningsområde. Enligt Kristensson (2014) kan resultatet av en icke systematisk litteraturöversikt ses som värdefull och ge en god inblick i kunskapsläget. Metoden valdes för möjlighet att identifiera kunskaper som sedan kan leda till en praktisk användbar kunskap (Friberg, 2022b; Kristensson, 2014). Den valda studiedesignen användes då en systematisk litteraturöversikt skulle vara för omfattande enligt Kristensson (2014). Detta eftersom den granskar all tillgänglig forskning, något som inte är lämpligt vid uppsatsskrivandet då tiden till förfogande var begränsad. Författarna har arbetat systematiskt för att ta fram de originalartiklar som krävdes för resultatet.

Urval

Under urvalet upprättades avgränsningar samt inklusions- och exklusionskriterier för att lättare identifiera de artiklar som var relevanta för denna litteraturöversikt (Kristensson, 2014). Avgränsningar gjordes även för att öka reproducerbarheten genom att tydliggöra hur författarna genomfört sökningar.

Avgränsningar

Originalartiklarna som inkluderades i litteraturöversikten var "peer-reviewed" vilket innebär att de blivit granskade av flera oberoende forskare inom samma område innan de publicerades, vilket ökar tillförlitligheten (Östlundh, 2022). "Peer-review" finns som avgränsning i CINAHL och användes för att exkludera artiklar som då inte var relevanta för detta sökresultat. Författarna använde även avgränsningen "research article" för att redan i sökningen exkludera översikter från sökresultatet. Dessa avgränsningar kan inte väljas vid sökningar i PubMed och därmed har författarna själva granskat artiklarna för att säkerställa att de var "peer-reviewed". Alla sökningar avgränsades till åren 2012–2022 och till det engelska språket. Avgränsningen till årtal genomfördes för att få så aktuell forskning som möjligt då ny forskning ständigt publiceras. Majoriteten av forskningen är skriven på engelska och därför genomfördes språkliga avgränsningar till detta språk.

Inklusionskriterier

Artiklarna som användes i resultatet till denna litteraturöversikt var originalartiklar med fokus på personens upplevelse av afasi efter stroke. För denna litteraturöversikt krävdes det att artikeln var en originalartikel, med andra ord en primärkälla som redovisar ny forskning (Kristensson, 2014; Segersten, 2022), då det enligt Kristensson (2014) ger en högre tillförlitlighet till resultatet än sekundärkällor. De inkluderade originalartiklarna omfattade deltagare som var över 18 år då denna litteraturöversikt fokuserar på vuxnas upplevelser. Utöver detta behövde artiklarna vara etiskt godkända för att inkluderas och för att ge ett större förtroende för litteraturöversikten, vilket är i linje med Etikprövningslagen (SFS 2003:460).

Artiklar med kvalitativa och kvantitativa metoder samt mixad metod inkluderades. Inkluderingen av kvalitativa studier utfördes då de fokuserar på deltagarnas egna perspektiv och människan är i fokus snarare än sjukdomen (Kristensson, 2014). En kvantitativ studie inkluderades då denna studie använde en mätbar verklighet till skillnad från kvalitativa studier (Kristensson, 2014).

Exklusionskriterier

Kriterier som exkluderade artiklar i denna litteraturöversikt var artiklar som enskilt tog upp afasi eller stroke utan samband till varandra, då de inte skulle svara på syftet. Andra kommunikationssvårigheter som inte definieras som afasi exkluderades. Originalartiklar som tog upp afasi efter stroke tillsammans med andra sjukdomar valdes bort. Artiklarna exkluderades om innehållet var inriktat endast på behandlingen eller terapin samt ur vårdpersonalens eller anhörigas perspektiv. Litteraturöversikter eller andra sekundärkällor exkluderades då de redovisar sammanställningar av forskning i stället för ny forskning.

Datainsamling

Processen för datainsamlingen startades genom kontakt med bibliotekarie på Sophiahemmets Högskola för hjälp med sökstrategier och för att identifiera sökord som passade litteraturöversiktens syfte. Alla sökningar identifierades med en bibliotekarie i databaserna PubMed och CINAHL. Dessa sökningar gav författarna tillräckligt med originalartiklar för att kunna svara på syftet och därav identifierades inga sökningar utan bibliotekarie. Enligt Karlsson (2017) är PubMed en av de största databaserna med över 25 miljoner referenser som publicerar inom det biomedicinska området där medicin, tandvård och omvårdnad räknas in. CINAHL publicerar främst artiklar inom det vårdvetenskapliga området, som omvårdnad, arbetsterapi och fysioterapi (Karlsson, 2017). Båda databaserna innehåller artiklar på engelska och är tillgängliga för författarna genom Sophiahemmets högskola.

Bärande begrepp identifierades utifrån studiens syfte. Dessa var stroke, afasi och patienten/personens upplevelse, och synonymer till upplevelse som exempelvis livskvalité och perspektiv. Även begrepp som på svenska översatts till personer med afasi (PWA) och att leva med afasi (LWA) användes. Utifrån dessa bärande begrepp skapades sökord och liknande termer för begreppet *upplevelse* för att få en bredare sökning. Bra sökord är grunden för att få ett sökresultat som är tillräckligt avgränsat, samt att sökresultaten genererar användbara originalartiklar (Östlundh, 2022). Sökningarna gjordes med hjälp av begrepp ur ämnesordlistor från databaserna. Ordlistorna för ämnen används för att beskriva de dokument som finns i databaserna och har olika namn. I CINAHL heter ämnesordlistan Subject Heading och i PubMed användes Medical Subject Headings [MeSH] i form av MeSH-termer (Karlsson, 2017). Utöver det utfördes sökningar med termer i fritext (CINAHL) eller title/abstract (PubMed), för att nyare artiklar inte alltid har hänvisats ord från ämnesordlistan och då inte kommer fram i sökningarna om endast begrepp från ämnesordlistan används. För att bredda fritextsökningarna användes trunkering vid några av termerna. Trunkering innebär att endast en del av ordet skrivs ut och följs sedan med en asterisk* (Östlundh, 2022). Vid användning av trunkering ger sökningen träffar på fler ändelser av ordet. I sökningarna användes de booleska operatorerna "AND" och "OR" för att kombinera sökord samt sökblock (Karlsson, 2017; Östlundh, 2022). Booleska operatoren "AND" användes för att koppla ihop två söktermer, då gav databassökningen ett resultat som representerade båda söktermerna. Booleska operatoren "OR" användes för att få träffar

på en eller flera av söktermerna, en sökstrategi som användes när begreppen liknade varandra. Genom att lägga till "OR" i sökningen behöver endast ett av begreppen som använts vara med i sökträffen. Författarna placerade "OR" mellan begreppen i sökblocken och "AND" mellan sökblocken (Karlsson, 2017; Östlundh, 2022). I databasen CINAHL användes ett plustecken i sökningarna vilket innebär en utökning av sökningen, då alla underkategorier även inkluderades i sökningen. Vid en sökning på stroke med ett plus visar databasen även ett resultat med ischemisk stroke, vilket ger en bredare sökning. Genom subkategorier smalnades sökningen av, som visas i tabell 1 med /RH då stroke avsmalnats till strokerehabilitering. En tydlig sökstrategi bidrar till att irrelevanta studier utesluts så att sökningarna ger ett mer relevant sökresultat (Rosén, 2017). Alla sökningar skrevs ut i text och i Tabell 1 för att öka reproducerbarheten av sökningarna (Östlundh, 2022).

Första sökningen utfördes i databasen CINAHL. Ett block skapades med subject headings och sökorden *Stroke + /RH* och *Strokepatients*. Andra blocket bestod av en subject heading, *Aphasia +*, och fritextsökningarna *Aphasia* och *PWA*. Tredje blocket bestod av subject headings och sökorden *Patient satisfaction +*, *Patient attitudes*, *Psychological well-being* och *Quality of life*. Sökblocken kombinerades med "AND" och sökorden med "OR". Avgränsningar gjordes till åren 2012–2022, artiklar skrivna på engelska, att artiklarna skulle vara "peer review", samt research article. Sökningen genererade 75 artiklar, varav 11 inkluderades i litteraturöversikten.

Andra sökningen utfördes i databasen PubMed. Första blocket bestod av MeSH-termerna *Aphasia/psychology*, *Aphasia/rehabilitation*, samt fritextsökningarna *PWA* och *LWA*. Andra blocket bestod av MeSH-termerna *Stroke/psychology*, *Stroke/rehabilitation* och *Stroke Rehabilitation*. Tredje blocket bestod av MeSH-termerna *Quality of Life/psychology*, "*Adaptation, Psychological*", *Emotions/psychology*, samt fritextsökningarna *Experience**, *Perspective** och *Perception*. Sökblocken kombinerades med "AND" och sökorden med "OR". Avgränsningarna gjordes till åren 2012–2022, samt till artiklar skrivna på engelska. Sökningen genererade 79 artiklar, varav tre inkluderades i resultatet.

Tredje sökningen utfördes i databasen PubMed. Första blocket skapades med MeSH-termen *Aphasia*. Andra blocket skapades med MeSH-termen *stroke* och det tredje sökblocket skapades med MeSH-termerna *Self efficacy*, *Quality of life*, samt fritext-termerna *Experience**, *Perspective** och *Perception**. Sökblocken kombinerades med "AND" och sökorden med "OR". Avgränsningarna gjordes till åren 2012–2022, samt till artiklar skrivna på engelska. Sökningen genererade 197 artiklar, varav två inkluderades i resultatet.

Manuella sökningar gjordes av författarna för att finna ytterligare artiklar. Det är möjligt att finna artiklar utanför sökningarna genom att granska referenslistan av tidigare relevanta artiklar (Karlsson, 2017). En manuell sökning kan vara värdefull då ytterligare forskning kan finnas som inte framkommit i tidigare sökningar, då artiklar kan finnas under andra sökord som inte författarna använt sig av. Via funktionen 'similar articles' i PubMed inkluderades en artikel till resultatet.

Efter genomförda artikelsökningar sållades artiklarna i tre steg. Först läste författarna enskilt igenom titlar, därefter lästes abstrakt (Friberg, 2022c). Efter att ha läst igenom

enskilt, jämförde författarna om samma artiklar sågs svara på litteraturoversiktens syfte. De artiklar som inte bedömdes vara relevanta sällades bort. Av de artiklar som inkluderats efter titelsällningen var det ett flertal av artiklarna som var dubletter och därmed förekom i flera av sökningarna. Dubbletterna valdes att exkluderas från den andra och tredje sökningen för att tydligare kunna redovisa sällningen av artiklar i Tabell 1. Efter sällning av titlar och abstract lästes artiklarna som ansågs vara relevanta för syftet av studien i fulltext, totalt 34 artiklar. Efter hänsynstagande till litteraturoversiktens syfte samt inklusions- och exklusionskriterier, och diskussioner mellan författarna utfördes den tredje sällningen, där 17 artiklar valdes bort. Det slutgiltiga urvalet av artiklar var 17 vetenskapliga artiklar och dessa originalartiklar ansågs vara av tillräcklig mängd och hade resultat som kunde besvara litteraturoversiktens syfte, för att få ett så evidensbaserat och tillförlitligt resultat som möjligt.

Tabell 1. Redovisning av datainsamling i PubMed och CINAHL

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
220901 CINAHL	Stroke +/RH [MH] OR Stroke patients [MH] AND Aphasia + [MH] OR Aphasia OR PWA AND Patient satisfaction + [MH] OR Patient attitudes [MH] OR Psychological well-being [MH] OR Quality of life [MH]	Engelska 2012-2022 Peer reviewed Research article	75	27	16	11
220901 PubMed	Aphasia/psychology [Mesh] OR Aphasia/rehabilitation [Mesh] OR PWA [Title/Abstract] OR LWA [Title/Abstract] AND Stroke/psychology [Mesh] OR Stroke/rehabilitation [Mesh] OR Stroke Rehabilitation [Mesh] AND Quality of Life/psychology [Mesh] OR Adaptation, Psychological [Mesh] OR Emotions/psychology [Mesh] OR Experience*[Title/Abstract] OR Perspective*[Title/Abstract] OR Perception [Title/Abstract]	Engelska 2012-2022	78	19 (Exkl. Dubletter från sökning 1)	8	3
220901 Pubmed	Aphasia [MeSH] AND Stroke [MeSH] AND Self efficacy [MeSH] OR Experience*[Title/Abstract] OR Perspective*[Title/Abstract] OR Perception*[Title/Abstract] OR Quality of life [MeSH]	Engelska 2012-2022	197	29 (Exkl. Dubletter från sökning 1 och 2)	8	2
Manuell sökning			2	2	2	1
TOTALT			352	77	34	17

*Manuell sökning:

Med funktionen 'Similar Articles' i PubMed hittades två artiklar som författarna ansågs svara på syftet. En studie inkluderades till resultatet efter kvalitetsgranskning, vilket var studien av Blom Johansson et al. (2012).

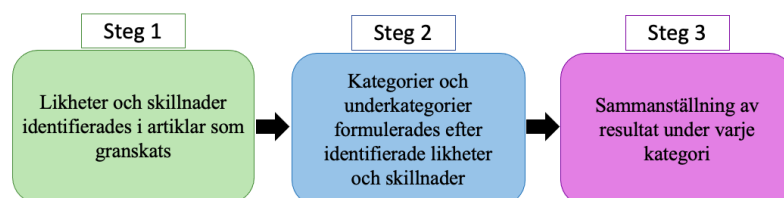
Kvalitetsgranskning

En kvalitetsgranskning utfördes för att säkerställa att studier som inte hade en tillräcklig hög kvalitet exkluderades (Friberg, 2022a). För kvalitetsgranskningen av vetenskapliga artiklar användes Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag för kvalitetsgranskning som grund för klassificering samt kvalitet av kvantitativa och kvalitativa studier. Bedömningsunderlaget är modifierad efter Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016) granskningsmallar, se Bilaga A. Utifrån bedömningsunderlaget bedömde författarna de valda artiklarnas trovärdighet och relevans till syftet och bidrog till exkludering av artiklar med låg kvalitet. Artiklarna granskades efter olika kriterier beroende på vilken studiedesign som artikeln använt sig av. I en kvalitativ studie bedöms tillförlitligheten medan validitet och reliabilitet är det som bedöms i en kvantitativ design (Kristensson, 2014). Hur forskarna har kommit fram till resultatet har även stor betydelse för artikelns kvalitet (Friberg, 2022c). I enlighet med Kristensson (2014) granskades artiklarna i flera steg och de med högst kvalitet samt relevans för studiens syfte valdes ut av författarna. I det första steget lästes abstrakten igenom för att kontrollera att innehållet var relevant för syftet. De utvalda artiklar lästes av författarna i fulltext och därefter utfördes en andra gallring där författarna valde bort de artiklar som hade minst relevans. I den tredje gallringen utfördes en granskning av artiklarnas kvalitet det vill säga de kvantitativa studiernas validitet och de kvalitativa studiernas trovärdighet.

Majoriteten av valda artiklar hade en kvalitativ ansats och granskades utifrån bedömningsunderlaget över hur utförligt deras urval, datainsamlingsmetod och resultat beskrivits. En artikel anses ha tillräckligt hög kvalitet utifrån antal deltagare i studien, en utförlig beskriven metod samt att syftet i artikeln besvarades. En artikel med kvantitativ ansats inkluderades och granskades utifrån om det hade ett representativt urval, adekvata statistiska metoder som gav tillfredställande resultat som tydligt beskrivs i artikeln. Några av artiklarna hade en mixad metod med kvalitativ och kvantitativ ansats. Dessa artiklar granskades efter både kvalitativ och icke kontrollerade studie i granskningsmallen i Bilaga A. Författarna har granskat artiklarnas kvalitet och har graderat dom med hjälp av Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag för kvalitetsgranskning, där I= hög kvalitet, II= medelhög kvalitet, III= låg kvalitet (Berg et al., 1999; Willman et al., 2016). Alla artiklar av låg kvalitet valde författarna att sälla bort för att öka litteraturöversiktens trovärdighet. I Bilaga B redovisas de inkluderade artiklarna.

Dataanalys

Författarna utförde en integrerad dataanalys av Kristensson (2014) för att analysera resultaten i de 17 originalartiklar som inkluderats i denna litteraturöversiktens resultat. Den integrerade analysen beskrivs ge en schematisk presentation av resultatet. Artiklarna jämfördes mot varandra vilket ledde till en tydligare översikt av resultaten. Det resulterade i en mindre risk för att tolkningar och värderingar av resultaten förvrängdes. Den integrerade analysen av denna litteraturöversikt skedde i tre steg som visas i figur 2.



Figur 2. Författarnas illustration av en integrerad dataanalys.

I det första steget granskades de valda artiklarna som helhet för att sedan hitta likheter och skillnader i resultaten (Kristensson, 2014). Författarna läste först igenom artiklarna enskilt och gick sedan igenom artiklarna gemensamt för att säkerställa samstämmigheten. Därefter diskuterades eventuella likheter och skillnader i resultaten. I andra steget delades innehållet upp i olika kategorier där de artiklar som hade ungefär samma resultat lades under samma kategorier och eventuellt underkategorier, för att få en schematisk översikt. Detta gjorde författarna gemensamt genom att ta ut det som sågs som viktigt till resultatet och sedan dela upp det i kategorier, något som reviderades ett flertal gånger under processen. Revideringen utfördes för att innehållet skulle passa under varje kategori. I det tredje steget sammanställdes resultatet i kategorierna som sedan låg till grund för underrubriker i resultatredovisningen (Kristensson, 2014). Detta gjorde författarna gemensamt och även detta reviderades och delar av resultatet flyttades för att passa in under kategorierna, då stora delar av resultatet skulle passa under flera av kategorierna. Genom den integrerade analysen framkom tre huvudkategorier och åtta underkategorier som presenteras i resultatet och Tabell 2. Denna tabell återfinns under *Resultat*.

Forskningsetiska överväganden

I det vetenskapliga arbetet krävs det att etiska överväganden genomförs kontinuerligt, något som benämns som forskningsetik (Sandman & Kjellström, 2018). En etisk reflektion krävs under forskningsarbetets alla delar, och för att förhålla sig till en god forskningssed krävs det att följa de fyra grundläggande principerna ärlighet, respekt och ansvar samt tillförlitlighet av forskningens kvalitet (Vetenskapsrådet, 2018). Den här litteraturöversikten har följt dessa principer genom att säkerställa originalartiklarnas kvalitet. Författarna har också tagit ansvar för litteraturöversiktens innehåll och resultat. Författarna har enligt Vetenskapsrådet (2017) ansvaret för att de lagar och regler som existerar efterföljs. Detta har följts genom att endast inkludera originalartiklar som fått ett etiskt godkännande. Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2022) belyser att forskning förs med beaktning för grundläggande friheter och mänskliga rättigheter, samt med respekt för människovärdet. Patientens eller forskningsdeltagarens intressen ska gå före den vetenskapliga vinningen, deltagare får när som helst under forskningsprocessen möjlighet att inte längre delta om så önskas (Helgesson, 2015). Utöver det ska forskningspersonernas autonomi och integritet skyddas i så stor utsträckning som möjligt. Det görs genom ett informerat samtycke som ges av forskningsdeltagaren vid forskning bedriven på människor, något som inkluderade originalartiklar har inhämtat (Helgesson, 2015).

Denna litteraturöversikt har förhållit sig till de etiska överväganden som finns för litteraturöversikter. På grund av detta har informerat samtycke inte inhämtats för denna litteraturöversikt då någon insamling av primärdata med känsliga personuppgifter inte gjorts, detta enligt Etikprövningslagen (SFS 2003:460). Författarna har läst och sammanställt studier av andra forskare. Dessa studier har kontrollerats att de följt de etiska förhållningssätt som finns och att en etisk kommitté har godkänt varje originalartikel. I Sverige finns Etikprövningslagen och enligt denna lag behöver forskare skicka in en etikansökan inför ett forskningsprojekt för att forskningen ska vara etiskt godkänd. Sammanställningen av de vetenskapliga artiklarna gjordes utan att fabricera eller plagiera resultatet i enlighet med Etikprövningslagen (SFS 2003:460) samt att plagiatkontrollen Ouriginal har granskat litteraturöversikten. Alla originalartiklar som inkluderades i denna litteraturöversikt var skrivna med engelska som originalspråk. Då författarnas modersmål inte är engelska förelåg en risk att tolkningar samt översättningar av artiklarnas resultat

kunde bli bristande eller felaktiga. Begränsade kunskaper av det engelska språket eller metodologin kan påverka litteraturöversikten genom att resultatet kan misstolkas (Kjellström, 2017). Ett engelskt lexikon användes som stöd vid översättningarna för att resultatet skulle bli så korrekt som möjligt. Objektivitet har under skrivprocessen hållits efter författarnas bästa förmåga vid genomgång, läsning och resultatsammanställning av litteraturöversikten. Tidigare förförståelse och kunskaper för forskningsområdet kan påverka objektiviteten samt tidigare erfarenheter och fördomar (Helgesson, 2015), något som författarna har haft en medvetenhet kring vid val av artiklar för att försöka hålla en så god objektivitet som möjligt. Författarna har även undvikit att egna erfarenheter och förkunskaper påverkade valet av inkluderade artiklar. Forskningen genomförs för att vara till nytta för individen, samhället och professionen (SFS 2003:460). Denna litteraturöversikt var till nytta genom att bidra till en bredare kunskap om patientgruppen och dess upplevelser för att sjuksköterskan ska få en bredare förståelse för patienten, och därmed genomföra en vård med bättre kvalitet. Genom att referera med Sophiahemmet högskolas modifierade version av American Psychological Association (APA) blir innehållet spårbart.

RESULTAT

Resultatet i denna litteraturöversikt sammanställdes utifrån 17 vetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats samt mixad metod. Två huvudkategorier identifierades: *den minskade kommunikationsförmågans påverkan på det dagliga livet* och *vikten av stöd och hopp*. Vidare har åtta underkategorier tagits fram, se Tabell 2. De vetenskapliga artiklar som har inkluderats i detta resultat finns redovisade i Bilaga B, samt i referenslistan med en asterisk.

Tabell 2. Översikt av huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
Den minskade kommunikationsförmågans påverkan på det dagliga livet	<ul style="list-style-type: none"> - Negativa och positiva känslor - Behovet av att hålla sig sysselsatt - Förändringar i kommunikationen - Förändringar i vänskaps- och familjerelationer - Hälso- och sjukvårdens betydelse
Vikten av stöd och hopp	<ul style="list-style-type: none"> - Stöd av familj och vänner - Stöd av hälso- och sjukvården - Hopp som en resurs

Den minskade kommunikationsförmågans påverkan på det dagliga livet

Denna kategori beskriver hur personer med afasi upplever sitt mående och vad som kan underlätta för att må bättre. Kategorin beskriver även hur de sysselsätter sig och hur de upplever förlusten av arbete, samt hur kommunikation och relationer förändras och vilken betydelse hälso- och sjukvården har. Detta presenteras i fem underkategorier: *Negativa och positiva känslor*, *behovet av att hålla sig sysselsatt*, *förändringar i kommunikationen*, *förändringar i vänskaps- och familjerelationer* och *hälso- och sjukvårdens betydelse*.

Negativa och positiva känslor

Flera studier visade att deltagarna upplevde afasi som ett signifikant problem som påverkade det dagliga livet (Blom Johansson et al., 2012; Grohn et al., 2012, 2014; Lee et al., 2015; Niemi & Johansson, 2013). Det framkom att svårigheter varierade från dag till dag, och väckte fram starka känslor (Armstrong et al., 2012; Blom Johansson et al., 2012; Blonski et al., 2014; Kjellén et al., 2017; Le Dorze et al., 2014; Niemi & Johansson, 2013). Det kunde vara känslor som ilska, förtvivlan, frustration, sorg, uppgivenhet och värdelöshet men även självmordstankar, vilket även sågs i en studie av Manning et al. (2022a). Språksvårigheter som uppstod vid konversationer upplevdes även vara en orsak till negativa känslor (Blom Johansson et al., 2012; Brown et al., 2013; Niemi & Johansson, 2013). För vissa upplevdes det som en utmaning att handskas med negativa känslor kring deras stroke och afasi, samt att upplevelsen av afasi var överväldigande dystert (Armstrong et al., 2012; Grohn et al., 2014; Le Dorze et al., 2014; Manning et al., 2022a). I en studie av Lee et al. (2015) visades signifikanta skillnader mellan personer med afasi och utan afasi vid skattning i Geriatric Depression Scale (GDS) som visade att depression var vanligare hos personer med afasi. Det sågs att depression påverkade hur väl man anpassade sig och levde med sin afasi efter en stroke. Personer med förbättrad psykisk hälsa kunde fortfarande uppleva problem med sitt humör och att den psykiska hälsan var fluktuerande (Manning et al., 2022a). I en studie av Lee et al. (2015) upplevde personer med afasi en oro för hur andra skulle uppfatta dem och var rädda att dömas negativt. Många upplevde dock att sociala attityder kunde underlätta och att andra människor vanligen var förstående och toleranta. Många upplevde även positiva känslor som glädje, hopp och kampvilja (Blom Johansson et al., 2012; Bright et al., 2019; Kjellén et al., 2017). Personer med afasi kände en tacksamhet att de levde efter sin stroke och att den inte lett till mer skada (Grohn et al., 2012; Manning et al., 2022a). Faktorer för att leva gott med afasi upplevdes i flera studier vara personliga attityder, kvaliteter och känslor som påverkar ett positivt förhållningssätt i deras återhämtning, vilket även sågs i Niemi och Johansson (2013). Övning och utveckling upplevdes som viktigt för att undvika negativa tankar och behålla en positiv inställning (Kjellén et al., 2017; Manning et al., 2022a; Niemi & Johansson 2013; Northcott et al., 2021). Några personer i en studie med Grohn et al. (2014) med afasi upplevde att de behövde kunna kommunicera som innan sin stroke för att leva mycket lycklig med afasi, medan andra upplevde att det inte var möjligt att leva lyckligt med afasi.

Behovet av att hålla sig sysselsatt

I flera studier beskrevs ett behov av att hålla sig sysselsatt för att aktivt delta i sin återhämtning (Grohn et al., 2012, 2014; Niemi & Johansson, 2013). Genom att hålla sig sysselsatt upplevde personer med afasi att de arbetade mot förbättring och att engagemanget skapade en känsla av åstadkommande och ökad självständighet. En stark känsla av beslutsamhet och ett driv att göra saker för att lyckas ansågs även som viktigt (Grohn et al., 2012; Le Dorze et al., 2014; Manning et al., 2022a). Det var viktigt att hitta lösningar till problem och utöva aktiviteter efter deras begränsningar (Le Dorze et al., 2014; Niemi & Johansson, 2013). Olika sysselsättningar som var relaterade till en känsla av åstadkommande och självständighet var fritidsaktiviteter, rehabilitering eller arbete som exempelvis; trädgårdsarbete, hushållssysslor och terapi (Armstrong et al., 2012; Grohn et al., 2012, 2014). I studien av Lee et al. (2015) framkom ingen signifikant skillnad mellan personer med afasi och personer utan afasi när det gällde aktiviteter i hemmet som exempelvis matlagning. Det visade sig dock att det fanns en skillnad av aktiviteter utanför hemmet, detta framkom även i en studie med Le Dorze et al. (2014). Återgången till livet efter en stroke och afasi såg olika ut, några personer hittade nya sätt att vara delaktiga i

aktiviteter de tidigare har tyckt om, och/eller infört nya kompensationsstrategier i sina rutiner (Kjellén et al., 2017; Manning et al., 2022a). I en studie av Niemi och Johansson (2013) sågs det att aktiviteter som inte krävde mycket tal innebar vila från afasin och gav en känsla av att vara normal, samt att kunna glömma bort sina kommunikationssvårigheter. Vid svårigheter att delta i meningsfulla aktiviteter påverkades synen på sig själv, vilket kunde resultera i negativa känslor, något som även sågs i studierna av Grohn et al. (2012, 2014). Hinder för att sysselsätta sig var enligt deltagarna komplikationer av stroke som kommunikationssvårigheter, fatigue och förlust av den fysiska förmågan, men även förlust av självförtroende (Grohn et al., 2012; Le Dorze et al., 2014).

Många av personerna som hade varit anställda när de drabbats av sin stroke kunde inte eller fick inte jobba kvar på grund av sin afasi eller andra komplikationer efter stroke (Le Dorze et al., 2014; Lee et al., 2015; Manning et al., 2021; Niemi & Johansson, 2013). Förlust av arbete var både ofrivilligt och frivilligt. I en studie av Manning et al. (2021) framkom det att förlust av jobb i många fall påverkade individernas välmående, identitet, autonomi, finansiell säkerhet, frihet och tillfälle att socialisera sig negativt. Olika hinder för att återgå till arbete uppgavs som stress och fatigue. Några personer upplevde att de inte kunde hålla jämna steg med samhällets förväntningar på hastighet och produktivitet samtidigt som de interagerade med andra vilket försvårade arbetsmöjligheter (Le Dorze et al., 2014; Lee et al., 2015).

Flera studier beskrev hur afasi upplevdes vara ett hinder för att uttrycka synpunkter, vem de var och att ta ansvar hemma, samt för att delta i sociala eller andra meningsfulla aktiviteter (Blom Johansson et al., 2012; Blonski et al., 2014; Niemi & Johansson, 2013). Många upplevde även att de ville ha en ökad medvetenhet av afasi i samhället (Blonski et al., 2014; Le Dorze et al., 2014; Manning et al., 2021). I en studie av Le Dorze et al. (2014) framkom det att en saknad av kunskap kring afasi upplevdes leda till att de möttes av obehagliga situationer där de kände sig förlöjligade och felaktigt identifierade som dementa personer. Det uppenbarade sig exempelvis att flera personer med afasi valde att gå till samma frisör eller tandläkare, då de kunde förvänta sig att bli förstådda och inte behövde förklara afasi (Niemi & Johansson, 2013).

Förändringar i kommunikationen

Personer med afasi sörjde sin oförmåga att kunna hålla normala konversationer och göra sig förstådda vilket ledde till frustration och ilska (Blom Johansson et al., 2012; Blonski et al., 2014; Brown et al., 2013; Le Dorze et al., 2014). I en studie av Blom Johansson et al. (2012) sågs det att förlusten av att kunna kommunicera skapade ångest, osäkerhet och rädsla för nya situationer. Flera studier visade även att situationer eller konversationer där personer med afasi förväntades att delta undveks (Blom Johansson et al., 2012; Blonski et al., 2014; Le Dorze et al., 2014; Niemi & Johansson, 2013). Småprat upplevdes vara enklare att hålla än djupare diskussioner om känslor, vilket vanligtvis upplevdes som väldigt svårt eller omöjligt att prata om (Blom Johansson et al., 2012; Brown et al., 2013). I studien av Blom Johansson et al. (2012) upplevde några personer att de pratade om ungefär samma ämnen efter afasin som innan, medan andra upplevde det som att de hade väldigt lite konversationer jämfört med innan. Konversationsrollerna upplevdes förändrade och personen med afasi hade en mer passiv roll i konversationerna (Niemi & Johansson, 2013).

I en studie av Blom Johansson et al. (2012) upplevde några personer en ensamhet och sorg när ingen hade tid att lyssna, inte försökte förstå eller när deras bidrag till konversationen

ignorerades. Ett kommunikationshinder som framkom i flera studier var att kommunikationspartnern kunde tappa intresset för konversationen, detta framkom även i studier av Blonski et al. (2014) och Le Dorze et al. (2014). Upplevelser av att kommunikationspartnern tappade tålamod, blev arg eller frustrerad på grund av kommunikationssvårigheterna beskrevs i studien av Blom Johansson et al. (2012). När konversationspartnern var stressad alternativt pratade för snabbt eller långsamt uppkom hinder i konversationen, vilket även sågs i en studie av Blonski et al. (2014). Detta kunde leda till en upplevelse av ilska gentemot konversationspartnern för att inte ha försökt tillräckligt att förstå medan andra nekade till denna upplevelse (Blom Johansson et al., 2012). Frustrerande situationer uppstod när personen med afasi inte togs seriöst, eller när kommunikationspartnern förenklar språket för mycket eller för lite, något som även sågs i en studie av Niemi och Johansson (2013). Oförståelse till vad som sades och pågick runt omkring gav en känsla av skam och förlöjligande (Blom Johansson et al., 2012; Blonski et al., 2014). Trots att många höll med om att kommunikation var svårt och skapade frustration, så gladdes många personer av att möta människor och delta i konversationer (Blom Johansson et al., 2012; Niemi & Johansson, 2013). Särskilt då konversationen anpassades efter kommunikationssvårigheterna (Blom Johansson et al., 2012; Blonski et al., 2014; Manning et al., 2022b; Niemi & Johansson, 2013). Några personer upplevde dock att de inte längre hade någon glädje av att kommunicera, medan andra uppskattade när folk kom fram och visade intresse av att kommunicera (Blom Johansson et al., 2012).

I en studie av Blom Johansson et al. (2012) upplevde personer med afasi efter en stroke att hindrande faktorer som försvårande kommunikationer var trötthet, stress samt smärta och hjälpanande faktorer var då de kände sig alerta och glada. De upplevde även att många personer inte visste hur de skulle kommunicera och att kommunikationspartners kunde känna sig obekväma, och därmed valde att undvika konversationerna, vilket även sågs i studier av Le Dorze et al. (2014) samt Niemi och Johansson (2013). Det kunde leda till en upplevelse av isolering och exkludering från konversationer som de annars såg som intressanta (Le Dorze et al., 2014; Niemi och Johansson, 2013). Många kände att kommunikationen underlättades med stöttande gester och ansiktsuttryck (Blom Johansson et al., 2012; Blonski et al., 2014). Identifierade kommunikationsstrategier som ansågs viktiga var att prata långsammare, ge mer tid för personen med afasi att prata, ställa frågor och ge exempel på ord som personen hade svårt att hitta (Blom Johansson et al., 2012; Grohn et al., 2012). I en studie av Blom Johansson et al. (2012) uppskattades en pratglad konversationspartner, då det minskade ångesten över att behöva prata. Några upplevde även att det var enklare att tala med barn eller äldre då de ansågs vara mer toleranta för språksvårigheterna. Det framkom i flera studier att det var svårare att kommunicera med personer som de inte kände, detta framkom även i studier av Le Dorze et al. (2014) samt Niemi och Johansson (2013). Personer med afasi reflekterade över att de själva skulle kunna tala långsammare och tydligare för att deras kommunikationspartners skulle förstå vad de ville få fram (Blonski et al., 2014). En viktig faktor för kommunikationen var konversationspartners kunskap om afasi samt kännedom om att personen har afasi (Blom Johansson et al., 2012; Blonski et al., 2014; Brown et al., 2013; Le Dorze et al., 2014).

I flera studier upplevdes en förlust av att inte längre kunna kommunicera skriftligt eller läsa information som tidigare (Berg et al., 2016; Kjellén et al., 2017; Manning et al., 2022a; Niemi & Johansson, 2013). Läs- och skrivsvårigheterna gav känslor av frustration, förlust, besvikelse, förvåning, missnöje och var en ständig påminnelse om deras kommunikationsbrister som uppstått efter deras stroke (Kjellén et al., 2017; Niemi & Johansson, 2013). Läsa var något som uppfattades att alla kunde och därav upplevdes

läskunskaper som en viktig del för att kunna vara delaktig i samhället (Grohn et al., 2012; Kjellén et al., 2017). Resurser som kommunikationsböcker, informationskort såg som hjälpsamt vid kollektivtrafik (Grohn et al., 2012), samt att skriven information var skriven i större text vilket även sågs i studien av Blom Johansson et al. (2012). Några upplevde det som hjälpsamt att skriva på en dator eller att läsa högt och läsa samma text flera gånger (Kjellén et al., 2017).

Förändringar i vänskaps- och familjerelationer

Många kände sig överbeskyddade av anhöriga och längtade efter en ökad självständighet (Blom Johansson et al., 2012; Le Dorze et al., 2014). I en studie av Le Dorze et al. (2014) beskrev några detta som ett hinder från att göra saker de uppfattade att de skulle klara av. En frustration över att vara beroende av sin partner var även vanligt och kunde leda till att de kände sig som en börda för partnern, vilket även sågs i studier av Blom Johansson et al. (2012) samt Niemi och Johansson (2013). En frustration av beroendesituationen och förlorad autonomi beskrevs (Blom Johansson et al., 2012; Manning et al., 2021). Många personer kände sig uteslutna ur beslutsprocesser när de inte fick delta i planeringsprocesser och några personer upplevde att deras partner inte brydde sig om eller glömde att informera om vad som pågick (Blom Johansson et al., 2012). En känsla av missförstånd samt att deras nära och kära var ovetandes av deras språkbegränsningar hindrade delaktigheten i familjelivet och upplevdes ha en negativ påverkan på deras välmående, vilket även sågs i Le Dorze et al. (2014). Upplevelser av skillnader i föräldraskapet kunde vara ombytta roller mellan föräldrarna och minskad förmåga att kommunicera med sina barn (Le Dorze et al., 2014; Manning et al., 2021). Några uttryckte även oro för deras barns välmående vilket påverkade deras motivation, hantering av känslor och förbättring av deras psykiska hälsa, självförtroende och återhämtning (Manning et al., 2022a, 2022b). Negativa känslor uppstod under sjukhusvistelsen för några personer då de behövde spendera tid ifrån barnen (Manning et al., 2022b). För några var föräldraskapet och familjeansvaret det som influerade deras känslomässiga reglering (Armstrong et al., 2012; Manning et al., 2022a).

Vänskaps- och familjerelationerna kan förändras både positivt och negativt efter afasin (Brown et al., 2013; Manning et al., 2021). I en studie av Brown et al. (2013) framkom det att positiva förändringar i vänskaper var en ökad uppskattning av vänner de har, samt nya vänskaper som tillkommit. Några upplevde inte att familj och vänner behandlade dem annorlunda efter deras stroke (Manning et al., 2021; Niemi & Johansson, 2013). Negativa förändringar i vänskaper kunde vara förlusten av vänner, bristen av kunskaper kring afasi, minskade möjligheter till att kontakta sina vänner, samt svårigheter att kommunicera (Brown et al., 2013; Manning et al., 2021). Några upplevde en bristande förståelse av afasi från vänner (Manning et al., 2021; Niemi & Johansson, 2013). I en studie av Brown et al. (2013) beskrev majoriteten förlusten av vänner som uppskakande, men ett fåtal hade accepterat förlusten. Det beskrevs som viktigt att forma vänskaper och att interagera med andra som har samma funktionsnedsättningar som en själv, vilket även sågs i studier av Le Dorze et al. (2014) och Manning et al. (2021). Vänskaperna till andra med afasi beskrevs som en källa till motivation och uppmuntran (Grohn et al., 2012; Le Dorze et al., 2014). Några personer beskrev att de tränade på att kommunicera med nya vänner från afasiorganisationer och på så sätt även utvecklades (Le Dorze et al., 2014).

Hälso- och sjukvårdens betydelse

Det upplevdes svårt att vara delaktig i medicinska beslut utan assistans från någon som kunde hjälpa till att framföra deras åsikter och vilja (Berg et al., 2016; Le Dorze et al.,

2014; Manning et al., 2022b), vilket kunde leda till missnöje av olika beslut (Berg et al., 2016; Manning et al., 2022b). I en studie av Manning et al. (2022b) framkom det att tillgång till information kring afasi var varierande och några var inte nöjda med mängden information kring sitt tillstånd. En brist på kunskap av afasi bland vårdpersonal upplevdes ha en påverkan på kvalitén av omvårdnad och den kommunikativa tillgången på sjukhus. Under sjukhusvistelsen beskrevs fördelen med att vara placerad på en strokeavdelning, då dess personal hade en bättre kunskap om afasi. Några upplevde sig övergivna vid utskrivning från speciellt språk- och talterapi (Le Dorze et al., 2014; Manning et al., 2022b), samt att det fanns en otydlighet kring hur länge de skulle ha tillgång till språk- och talterapi (Berg et al., 2016). Det gav en känsla av osäkerhet men många hoppades på att de var långt ifrån klara, vilket även sågs i studier av Kjellén et al. (2017) och Manning et al. (2022b). Många upplevde sig vara nöjda med språk- och talterapi, samt hade respekt för relationen de bildat med sin terapeut (Berg et al., 2016; Le Dorze et al., 2014; Northcott et al., 2021). I flera studier framkom upplevelser av att rehabilitering med hjälp av en talpedagog utvecklade deras kommunikationsförmågor (Berg et al., 2016; Grohn et al., 2012; Kjellén et al., 2017; Lawton et al., 2020; Le Dorze et al., 2014; Manning et al., 2022a, 2022b; Northcott et al., 2021). I en studie av Lawton et al. (2020) upplevdes det som viktigt var att terapin anpassades efter personernas nivå men att de utmanades i relation till sina förmågor.

Terapin kunde ge känslor som fridfullhet, minskad stress och ångest och även höja humöret (Northcott et al., 2021). Flera berättade att de efter terapin träffade mer vänner och för några påverkades kommunikationen till nära och kära genom att den blev mer öppen och frekvent. Utvecklingen av specifika aktiviteter och firande av framgångar upplevdes öka självkänslan och självförtroendet, vilket även sågs i en studie av Grohn et al. (2012). Terapin kunde även ge en känsla av att någon förstod vad de hade för svårigheter och upplevelser (Northcott et al., 2021). Personer värderade att kunna prata med terapeuten om känslor och i Grohn et al. (2012) samt Manning et al. (2022b) sågs de som en ovärderlig källa till information. Tjänster som gav idéer och resurser på hur kommunikationsträning kan implementeras i vardagliga aktiviteter och rutiner som var individuella värdesattes av personer med afasi (Grohn et al., 2014; Kjellén et al., 2017). Terapin upplevdes för några personer som svår och att det inte utvecklade deras kommunikationsförmåga (Armstrong et al., 2012; Kjellén et al., 2017; Manning et al., 2022b; Northcott et al., 2021), och därav upplevde några att de kunde utvecklas bättre på egen hand (Armstrong et al., 2012; Manning et al., 2022b).

Vikten av stöd och hopp

Denna kategori beskriver upplevelser av stöd och hur vänner och familj samt hälso- och sjukvården kan stötta en person som drabbats av afasi efter en stroke, samt hur hoppet kan ses som en resurs. Detta presenteras i tre underkategorier: *Stöd av familj och vänner*, *stöd av hälso- och sjukvården* och *hopp som en resurs*

Stöd av familj och vänner

Det emotionella stödet av vänner var en viktig faktor för att kunna leva gott med afasi (Armstrong et al., 2012; Blonski et al., 2014; Brown et al., 2013; Grohn et al., 2014; Le Dorze et al., 2014), särskilt när det emotionella stödet gavs kontinuerligt och utan förväntan av någonting tillbaka (Brown et al., 2013). Vänner uppmuntrade och hjälpte dem att ha en positiv inställning och uppfattades som en stöttande resurs (Armstrong et al., 2012; Blonski et al., 2014; Bright et al., 2019; Brown et al., 2013; Grohn et al., 2014;

Manning et al., 2021), även utan någon formell information om afasi eller träning (Manning et al., 2021). I studier av Grohn et al. (2012, 2014) upplevdes stöd från familj och vänner ha en viktig roll för att återfå självförtroende och känna sig kompetent. Stöd av partner kunde ge en känsla av säkerhet och kunde vara ett bra stöd vid kommunikation (Blom Johansson et al., 2012; Blonski et al., 2014; Le Dorze et al., 2014). Brist av stöd från partner och familj kunde leda till spänningar och problem i relationer och minska delaktigheten (Blom Johansson et al., 2012; Le Dorze et al., 2014). Många beskrev en tacksamhet till familj och vänner för stödet som de fick, detta sågs även i en studie Manning et al. (2022a). En viktig faktor var att behålla sitt sociala nätverk och relationer med familj och vänner under sjukhus tiden (Grohn et al., 2014). Spendera tid med sina vänner, skratta och göra saker tillsammans upplevdes ha en positiv påverkan (Brown et al., 2013). Många upplevde att den nära familjen var en vital del av det praktiska och emotionella stödet (Grohn et al., 2012, 2014; Manning et al., 2021), vilket ökade upplevelsen av autonomi och självförtroende (Armstrong et al., 2012; Grohn et al., 2014; Manning et al., 2021). I en studie av Grohn et al. (2014) uttryckte personer som inte hade en familj vikten av nära vänner. Personer med afasi upplevde att vänner som kände dem väl lättare kunde förstå vad de ville säga och därmed assistera när de hade svårt att hitta ord (Blom Johansson et al., 2012). Vänner som delade upplevelsen av afasi efter en stroke gav en ömsesidig förståelse och en enkel kommunikation, samt stöd till varandra och där samtalen upplevdes som lätta och roliga (Brown et al., 2013; Le Dorze et al., 2014; Manning et al., 2021). Trots att afasin påverkat dem olika kunde de hjälpa och lära från varandra.

Stöd av hälso- och sjukvården

Stöd från rehabilitationstjänster upplevdes vara en viktig faktor för att leva gott med sin afasi (Armstrong et al., 2012; Brown et al., 2013; Grohn et al., 2012, 2014; Manning et al., 2022b). Många personer med afasi upplevde att stödorganisationer gav en bas där personerna kunde träffa andra och skapa nya strukturer och rutiner vilket sågs som speciellt viktigt efter förlust av jobb (Manning et al., 2021). I en studie av Manning et al. (2022b) upplevdes det att det fanns ett större behov av specialiserat stöd för kommunikation och läs- och skrivfärdigheter än vad som fanns tillgängligt. Det upplevdes som viktigt att informationen var serviceinriktad för att kunna förespråka vidare stöd. De som hade tillgång till hemtjänst uppskattade tjänsterna som erbjöds, så som stöd, sällskap och konversationspartner samt ett lyssnande öra, då de annars kunde uppleva sig väldigt isolerade. Hemtjänsten blev ett stöd för att komma ut ur huset någon gång i veckan för att hjälpa dem att göra ärenden vilket uppskattades (Manning et al., 2022b). Några personer uttryckte vikten av att söka professionellt stöd av en psykolog vid depression, vilket även sågs i en studie av Grohn et al. (2014). Stöd från en psykolog hjälpte personer med afasi att bearbeta och hantera några av de psykosociala konsekvenserna relaterat till stroke och afasi. Andra upplevde att psykologer inte underlättade för bearbetning och hantering av psykosociala konsekvenser (Manning et al., 2022b). För dem som upplevde att de behövde ett psykiskt stöd uppfattades det som otillgängligt. Flertalet personer med afasi rapporterade att de var missnöjda med sjukvården (Le Dorze et al., 2014), medan andra var nöjda med sjukvården och stödet det gav (Armstrong et al., 2012; Grohn et al., 2012; Manning et al., 2022a). Gruppterapi uppfattades som ett bra sätt att möta och få stöd av andra personer med afasi (Armstrong et al., 2012; Grohn et al., 2012; Le Dorze et al., 2014), men att det fanns en brist på stödgrupper (Manning et al., 2022b). Det var viktigt att ha möjlighet till att delta i en grupp och kunna dela med sig och prata om sin strokeresa med andra (Grohn et al., 2014; Le Dorze et al., 2014; Manning et al., 2021).

Hopp som en resurs

Många personer med afasi upplevde en kämparanda och hopp medan andra gett upp allt hopp om att deras tillstånd skulle förbättras (Bright et al., 2019; Blom Johansson et al., 2012; Kjellén et al., 2017; Manning et al., 2022a). I Grohn et al. (2014) sågs denna process som en resa som tar tid och inte ett slutmål. Hopp och syn på framtiden beskrevs som hjälpsamt och motiverande för återhämtningen (Berg et al., 2016; Blom Johansson et al., 2012; Bright et al., 2019; Manning et al., 2022a; Northcott et al., 2021). I studier av Bright et al. (2019) och Lawton et al. (2020) framkom att en känsla av hopp gav en upplevelse av stabilitet och möjligheter, samt att det var en nödvändig del av återhämtningen. Hopp kan variera och vara olika starkt utifrån upplevelse av utveckling och återhämtning (Berg et al., 2016; Blom Johansson et al., 2012; Bright et al., 2019). Ett ökat hopp upplevdes då de utvecklades på ett sätt som var viktigt individuellt (Bright et al., 2019; Kjellén et al., 2017). Förmågan att kunna ha hopp för förbättring men inte kräva att hoppen blir uppfyllda upplevdes vara en viktig del för att kunna arbeta framåt, vilket även sågs i en studie av Northcott et al. (2021). Meningsfulla framsteg bidrog till att upprätthålla och utveckla hopp under hela tillfrisknandet (Bright et al., 2019). De som tyckte att livet förbättrats efter deras stroke trodde att fler framsteg var möjligt och hoppades aktivt på nya möjligheter, samt att kunna delta i aktiviteter som är meningsfulla (Bright et al., 2019; Grohn et al., 2014; Kjellén et al., 2017; Niemi & Johansson, 2013). Flera studier beskrev livsmål som att återgå till arbetet eller köra bil igen (Armstrong et al., 2012; Berg et al., 2016; Manning et al., 2021)

Under återhämtningen upplevdes flera med och motgångar och för att hålla en positiv anda hjälpte det att vara aktiv, samt att sätta framtida mål (Grohn et al., 2014). Beskrivningen av andra personers lyckade rehabilitering och att de levde lyckligt och meningsfullt efter sin stroke gav hopp och optimism för framtiden för personer med afasi (Blom Johansson et al., 2012; Bright et al., 2019). Personer upplevde optimism och hopp när de pratade om deras utveckling sedan deras stroke, vilket även sågs i studier av Grohn et al. (2012, 2014) och Northcott et al. (2021). Optimism fanns då de hade vetenskapen om att återhämtningen tar tid (Grohn et al., 2014). Hopp för framtiden var en aktiv process där personer med afasi hela tiden kollade tillbaka på framsteg, deras ändrade åsikter och önskningar för framtiden (Bright et al., 2019; Grohn et al., 2014; Northcott et al., 2021). Förhoppningar anpassades med tiden efter vad som var möjligt för individen att nå (Bright et al., 2019; Kjellén et al., 2017).

Det fanns en önskan av att utveckla kommunikationsfärdigheterna och bli bättre (Armstrong et al., 2012; Berg et al., 2016; Grohn et al., 2012; Kjellén et al., 2017; Manning et al., 2022a; Niemi & Johansson, 2013). I en studie av Berg et al. (2016) var hoppet för många till en början full återhämtning från afasin men med tiden fick de en mer nyanserad bild och målsättningarna var inte lika onåbara. Flertalet personer med afasi övade aktivt på att skriva och läsa i vardagen genom att exempelvis läsa tidningen eller skriva inköpslistor (Armstrong et al., 2012; Grohn et al., 2012, 2014; Kjellén et al., 2017; Niemi & Johansson, 2013). Känslan av att arbeta framåt och utveckla kommunikationsfärdigheter, likaväl som andra färdigheter var relaterat till att leva gott med sin afasi (Armstrong et al., 2012; Grohn et al., 2014). De insåg även med tiden att språket inte var något som kunde tas för givet och kände en osäkerhet om de någonsin skulle kunna uttrycka sig som de ville (Niemi & Johansson, 2013). Vikten av att se de goda i saker och att ha ett positivt förhållningssätt underströks (Grohn et al., 2012). Språkliga mål kunde vara att bli förstådd, ta det steg för steg och kunna kommunicera bättre samt kunna läsa en bok (Berg et al., 2016; Niemi & Johansson, 2013). Andra satte

inga mål utan ville endast se en förbättring av kommunikationsförmåga (Berg et al., 2016). Flertalet studier identifierade terapeuter som en källa till motivation, uppmuntran och en optimism för framtiden (Berg et al., 2016; Grohn et al., 2014; Lawton et al., 2020; Le Dorze et al., 2014; Manning et al., 2022b; Northcott et al., 2021), samt att föräldraskapet och ansvaret det innebär gav motivation för att återgå till livet (Bright et al., 2019; Manning et al., 2022a).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa personers upplevelser av afasi efter stroke. Sjutton vetenskapliga artiklar inkluderades som svarade på syftet efter en genomförd integrerad dataanalys. Litteraturöversiktens resultat presenterades i två huvudkategorier; *den minskade kommunikationsförmågans påverkan på det dagliga livet* och *vikten av stöd och hopp*. Litteraturöversiktens resultat indikerar att både negativa och positiva upplevelser av afasi efter stroke finns, något som visat sig vara väldigt komplext. Roy (2009) förklarar hur människan med olika strategier kan anpassa sig till en föränderlig miljö och ta hjälp av copingprocesser för att hitta en balans vid livsomvälvande händelser. Målet med omvårdnaden är att förbättra livsprocesser för att därmed kunna främja adaptation. Adaptionssystemet är enligt Roy människans sätt att reagera positivt på förändringar som sker. Den mest framstående faktorn för att kunna anpassa sig till sitt nya liv med afasi efter en stroke var att behålla en positiv inställning. Det framkom även att negativa känslor och depression kunde vara en stor del av vardagen för personer med afasi. Depression var en faktor för hur väl dessa personer anpassade sig. Något som även kan ses i Roy (2009) där en händelse som afasi efter stroke kräver att personen lär sig att leva efter den nya situationen och anpassar sig efter sina nya förmågor. I Kristo och Mowll (2021) upplevdes den huvudsakliga orsaken till depression vara de kommunikationssvårigheter som personer med afasi lider av. Vilket kan innebära att dessa personer har haft svårt att anpassa sig till sina nya kommunikativa förmågor men även andra funktionella komplikationer efter stroke.

Aktivitetsnivån i vardagen hos personer med afasi sågs påverka deras välmående men även hur väl de anpassade sig till sin nya situation. Vilket även kan ses i en studie av Manning et al. (2019) där den minskade förmågan och deltagandet i aktiviteter påverkade välmående negativt samt minskade livskvaliteten. Denna litteraturöversikts resultat visade att förlust av arbete var väldigt vanligt och kunde leda till isolering och minskad autonomi. Vilket i likhet med Northcott et al. (2016) där det sågs att fokuset inte längre var på arbete utan på hushållssysslor. Även i en studie med Taubner et al. (2020) framkom det att förlust av aktiviteter ledde till att flera personer med afasi upplevde sig annorlunda, vilket kunde ge en identitetsförändring. Roy (2009) beskriver det som att en balans behövs, samt mänsklig och miljömässig anpassning för att förbättra livsprocesser och för att främja adaptation. Balans mellan meningsfulla aktiviteter och fritid behöver därmed finnas för att möjliggöra anpassning. I en studie med Grawburg et al. (2013) framkom det även att det sociala livet förändrades för anhöriga då de lägger mer tid på att stötta sin närstående med afasi. Något som i längden kan påverka relationen och hur bra stöttning de kan få när den anhörige inte längre orkar vara den stöttepelare som kanske behövs. Författarna upplever utifrån denna litteraturöversikts resultat att stöd saknas för att personer med afasi ska kunna återgå till en vardag som är anpassad efter deras behov och möjligheter. Det skulle kunna öka psykiskt välmående och minska risken för depression hos dessa personer. Detta resultat kunde ses

från flera olika länder runt om i världen som Sydkorea, Kanada, Australien, Sverige, Finland och Irland. Artiklarna har en spridning runt om i världen och visar liknande resultat, vilket gör att ett antagande till att dessa upplevelser är övergripande i höginkomstländer kan tas. Förlusten av det liv de hade haft innan sin stroke och afasi, samt hur väl de anpassade sig till kommunikationssvårigheterna verkade vara en stor faktor för hur väl personerna upplevde sitt liv med afasi. Författarna reflekterade över att andra komplikationer efter en stroke kan påverka hur väl man kan utnyttja kommunikationsstrategier samt vara delaktig i aktiviteter och samhället. Vid förlamning kan kroppsspråk var svårt att använda som hjälpmedel, samt att det kan försvåra deltagande i aktiviteter man utfört innan sin stroke. Komplikation efter stroke som inte var afasi kan även vara en orsak till förlust av arbete, samt försvåra återgång till arbete som exempelvis fatigue.

Delaktigheten i samhället kan påverkas av brist på kunskap och missförstånd om vad afasi innebär. Där Northcott et al. (2016) visar liknande resultat där bristen på kunskap lett till antaganden av psykisk sjukdom, att personen var döv och hade låg intelligens eller hånade deras kommunikationsförmåga, vilket även sågs i studien av Taubner et al. (2020). Roy (2009) beskriver i sin adaptationsmodell hur sociala interaktioner påverkar hur en person ser sig som en del i samhället och att det påverkar självuppfattningen. Självkänslan är enligt Roy något som lätt påverkas av hur andra ser på personen vilket även framkom i denna litteraturöversikt. Det krävs att personen känner sig delaktig och inkluderad utan att bli hånad för att lättare kunna anpassa sig till samhället, något som en ökad kunskap om afasi kan leda till. Vilket även beskrivs i Manning et al. (2019) där det visade sig att en ökad kunskap kring afasi kan underlätta för personer med afasi att delta i olika aktiviteter och jobb. Även hälso- och sjukvården behöver en ökad kunskap kring afasi och hur man lättare kommunicerar med personer som drabbats. En bristande information kring afasi och möjliga behandlingsalternativ sågs i detta resultat. Information som personer med afasi ansåg som viktig för att lättare förstå sig själv men även för att lättare kunna informera andra om sin diagnos. Kunskap om sin egen diagnos krävs för att personen med afasi efter en stroke ska kunna vara delaktig i beslut och känna att de kan bidra till diskussioner med sjukvårdspersonal. Detta beskrivs även i Cheng et al. (2022) där den bristfälliga informationen ledde till att personerna med afasi upplevde sig ha en för dålig kunskap i ämnet för att kunna bidra till beslut. Även i Skagerström et al. (2017) beskrivs information till patienten vara viktig och där den ökade delaktigheten sågs leda till en säkrare vård.

Sjuksköterskor i en studie av Nelleke van Rijssen et al. (2022) kritiserade sjukvårdsmiljön då de upplevde att den tillgängliga informationen inte var tillräckligt anpassad för personer med afasi. Den bristfälliga informationen till personer med afasi skulle även kunna bero på att sjuksköterskan i flera fall inte har tillräckliga kunskaper kring afasi och hur olika kommunikationsstrategier kan användas. I denna litteraturöversikts resultat framkom tydligt att det fanns en bristande kunskap kring afasi hos vårdpersonal, vilket kunde resultera i en känsla av maktlöshet för personer med afasi. På grund av svårigheter att kommunicera med sjuksköterskor upplevdes en minskad delaktighet vid medicinska beslut. Det kunde delvis bero på svårigheter att formulera sin önskan eller sina behov. Detta är även något som sjuksköterskor bekräftar i en studie av Carragher et al. (2020) där sjuksköterskan beskriver att de saknar kunskaper för att effektivt kunna kommunicera med patienter med afasi. I studien av Carragher et al. (2020) beskrivs det även att det finns kurser i kommunikationsstrategier, men det är strategier som sällan implementeras i praktiken. Bristen på kunskap om afasi hos hälso- och sjukvårdspersonal sågs även i Baker et al. (2021). Trots att studierna som beskriver sjuksköterskans syn på kunskapsbristen inte

är utförda i Sverige, kan detta ändå implementeras. Då det enligt Socialstyrelsen (2020) saknas en stor andel legitimerad personal, något som kan påverka kunskapsläget och därmed påverka kvaliteten på vården. En brist på information och kommunikation kan leda till vårdskador och beror i de flesta fall på bemanningsbrist eller brist på kompetens (Ridelberg et al., 2014). En hög grad av oerfarna sjuksköterskor kan vara anledningen till kompetensbrist. Ökad kunskap hos sjuksköterskan kan underlätta för att anpassa kommunikation efter de behov personen med afasi har, vilket kan öka delaktigheten då personen kan delta i beslut kring sig själv (Cheng et al., 2022). Enligt Manning et al. (2019) kunde nivån av delaktighet vid beslut påverka hur personer med afasi upplevde sjukvården.

I Patientlagen (SFS 2014:821) står det att patienten har rätt till att vara delaktig i beslut gällande sin vård, samt att vården ska utgå utifrån patientens egna önskemål och förutsättningar. En minskad delaktighet kan leda till autonomi kränks, vilket påverkar självkänslan och identiteten. Roy (2009) beskriver det som att psykisk och spirituell integritet är en beståndsdel för hälsa. När självkänslan brister påverkar det adaptationsförmågan vilket har en negativ inverkan på personens förmåga att återhämta sig eller bibehålla sin hälsa. Roy beskriver även hur viktigt det är att sjuksköterskan har kunskap om personens självuppfattning för att kunna undersöka olika beteenden och stimuli som kan influera personens självkänsla. Bristen på kunskap och bristen på resurser för hälso- och sjukvården kan ha en stor påverkan på återhämtningen hos personer med afasi samt syn på sjukvården, men bristen på kunskap skulle även kunna påverka kvaliteten på den givna vården. Det står i HSL (SFS 2017:30) att all vård ska ges med god kvalitet och uppfylla patientens behov av trygghet och kontinuitet. Detta är något som författarna till denna litteraturöversikt upplever inte alltid uppfylls i vården idag, samt att mängden delaktighet är för liten. Trygghet, kontinuitet och delaktighet i dagens vård behöver förbättras och utvecklas. Hälso- och sjukvården ska byggas på respekt för patientens integritet och självbestämmande (SFS 2017:30), något som sjuksköterskan kan arbeta mot och behöver utveckla vid mötet med personer med afasi. Kommunikationssvårigheterna kan påverka mötet mellan patient och sjuksköterska, där svårigheterna kan leda till kortare samtal och att sjuksköterskan inte kontrollerar att informationen som ges förstås av patienten (Carragher et al., 2020). Detta kan påverka delaktigheten och autonomi för personen med afasi i vårdssammanhang, vilket även kan påverka upplevelsen av sjukvården. Sjuksköterskor beskrev även i en studie av Nelleke van Rijssen et al. (2022) att bristen på kunskap om afasi ledde till ett lägre självförtroende att använda kommunikationsstrategier, vilket gjorde att personerna undvek att använda dessa strategier. De upplevde även att det fanns för lite verktyg att använda sig av på deras arbetsplatser och utbildningar. Ytterligare information och utbildning kring afasi och kommunikationsstrategier skulle därför behövas för vårdpersonal, både under studieperioden samt under sitt arbete i hälso- och sjukvården. Då dessa personer kan infinna sig vid flertalet vårdinrättningar som inte är specialiserade på strokevård, behöver all hälso- och sjukvårdspersonal ha kunskaper om afasi för att kunna bemöta och förse dessa personers behov. En ökad delaktighet i sin egen vård kan öka patientsäkerheten och minska risken för vårdskador (Skagerström et al., 2017). Minskade vårdskador leder till minskade vårdtider som kan leda till ekonomiska fördelar både för individen och samhället (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). Genom att personen med afasi efter en stroke inkluderas mer i sin vård kan även rehabiliteringen blir bättre anpassad.

Utöver delaktighet framkom det i resultatet till denna litteraturöversikt att kommunikationssvårigheterna var ett hinder för att uttrycka åsikter och sin identitet.

Motsvarande resultat sågs i Manning et al. (2019) där kommunikationssvårigheterna beskrevs som en anledning till att inte kunna prata med andra på samma sätt som innan, vilket påverkade personernas identitet negativt. Roys adaptionsmodell beskriver hur en av människans grundläggande behov är att ha en tydlig identitet för att kunna känna en helhet, något som påverkas av personens självuppfattning som påverkas av personens känslor och föreställningar om sig själv, samt att för att kunna anpassa sig väl behöver personen även ha kunskap om sin självuppfattning i relation till andra (Roy, 2009). Trots att en del av personerna i studierna såg en förändrad identitet och självkänsla som något negativt fanns det ändå andra personer som upplevde det som något positivt och att det därmed anpassat sig till den nya situationen och accepterat sitt nya jag. Terapi kunde hjälpa personer att ta fram de positiva delarna från deras liv och därmed öka deras självkänsla och självförtroende. Terapi kunde ge en variation av positiva och negativa upplevelser. Det kunde vara en resurs för att känna hopp, samtidigt som det kunde minska stress och ångest. De negativa aspekterna handlade mest om att terapin upplevdes som svår och ibland inte var tillräckligt anpassad och personcentrerad, vilket även sågs i Manning et al. (2019). Attityder och värderingar gällande personers erfarenheter av hälsa och ohälsa kan enligt Roy (2009) påverka hur personer reagerar och bearbetar en situation som i detta fall är sjukhusvistelser, terapi eller att drabbas av afasi efter en stroke.

Det framkom i resultatet att kommunikationssvårigheter innebär stora förändringar på vardagen men även förändringar på kommunikationen med personer runt omkring. Kommunikationssvårigheterna ledde till flera negativa och positiva känslor vid konversationer. Kommunikationspartnerns anpassning till konversationer uppskattades om de anpassades efter personen behov och underlättade samtalet, utan att anpassa för mycket då risken var att upplevelsen i stället blev negativ. Därför är det viktigt att varje individs behov uppmärksammas och att nivån på samtalet anpassas, särskilt viktigt är detta för vårdpersonal när de möter personer med afasi efter en stroke. Även i Northcott et al. (2016) sågs förändringar i konversationer och de upplevdes mer ansträngda. Det är inte endast personer med afasi som upplever förändringar i konversationer utan även familj och vänner påverkas och upplevde svårigheter med kommunikationen (Grawburg et al., 2013). Det upplevdes som viktigt att kommunikationen anpassades till personens egen förmåga och önskan, för att personen med afasi ska kunna vara mer delaktig i samtal och aktiviteter. Kommunikationssvårigheterna upplevdes i många fall som ett hinder för att kunna delta i olika aktiviteter. På grund av att stora delar av samhället är uppbyggt efter att befolkningen kan läsa och skriva påverkar detta personer med afasi som har läs- och skrivsvårigheter. Detta kan minska dessa personers förutsättningar för delaktighet i samhället. Likheter sågs i Northcott et al. (2016) där dessa kommunikationssvårigheter sågs leda till en negativ påverkan på deltagande och sociala interaktioner.

En majoritet av personer med afasi upplevde förändringar i vänskaps- och familjerelationer. Det kunde både vara positiva och negativa förändringar som påverkade relationerna. Beroende på hur relationerna förändras kan utvecklingen och återhämtningen för personen med afasi påverkas. Förändringar kan vara att personen med afasi är mer beroende av stöd från vänner och familj, men det kan även leda till en beroendesituation. Manning et al. (2019) beskriver också beroendesituationen och att det påverkar autonomin hos personer med afasi och det kan ge en känsla av maktlöshet. Roy (2009) beskriver även hur viktigt det är att balansera behovet av andra människor med behovet av självständighet för att kunna leva ett bra liv i förhållande till andra människor. Anhöriga uttryckte en besvikelse mot sjukvården, då de fick för lite stöd och att fokuset endast låg på patienten (Arntzen & Hamran, 2015). Detta ledde till att anhöriga ofrivilligt tog på sig ett ökat ansvar. De

upplevde även att deras egna känslor och behov blev försummade. Vilket också beskrivs i Grawburg (2013) där anhöriga beskrevs ha svårt att ta hand om sig själva då det lägger all sin tid och kraft på att ta hand om personen med afasi efter en stroke. I Socialstyrelsen (2021a) beskrivs det att en frivillig anhängsomsorg kan ge positiva känslor för både den anhöriga och personen med afasi. Dock var det aldrig enbart positiva känslor utan blandade känslor, som trötthet och glädje. När anhängsomsorgen var ofrivillig sågs negativa upplevelser och känslor från båda parter, där anhöriga hade risk att drabbas av depressiva symtom och psykisk påfrestning (Socialstyrelsen, 2021a). Enligt författarna till denna litteraturstudie kan detta ha negativa konsekvenser både för de anhöriga och för personen med afasi, då anhöriga efter ett tag inte längre orkar eller kan vara den hjälp som krävs. Beroendeställningen kan vara en stor del i att relationen förändras till den anhörige då den blir mer av en vårdgivare än en familjemedlem. Roy (2009) hävdar att självuppfattning och självkänsla formas efter hur andra uppfattar en och hur de interagerar med en person. Vilket i en beroendesituation till anhöriga kan leda till att uppfattningar om varandra förändras som sedan kan påverka självkänslan.

Resultatet i denna litteraturöversikt visade även att stöd från vänner och familj var en viktig del för att leva gott med afasi. Stödet hade en central del i motivation för att arbeta framåt och att anpassa sig till det nya livet efter sin stroke och afasi. Stödet från familj och vänner sågs även i Northcott et al. (2016) och Manning et al. (2019) som en viktig faktor för att leva gott med afasi efter en stroke. I Northcott et al. (2016) sågs även liknande resultat till denna litteraturöversikt där stödet visade sig vara en faktor för att kunna anpassa sig och bearbeta sin stroke och afasi. Detta överensstämmer även med Roy (2009) som beskriver hur nära relationer är en resurs för att personer ska anpassa sig och kunna hantera en föränderlig miljö, samt hur personens hälsa är beroende av detta stöd. Även stöd av andra människor beskrivs av Roy som något en person behöver vid sjukdom. Stödet behövs för att kunna uppnå sin maximala potential i förhållande till de nya omständigheterna i livet, vilket även beskrivs i denna litteraturöversikt. Vidare sågs detta även i Manning et al. (2019) som beskrev familjen som ett viktigt hjälpmedel för att arbeta vidare. Ett ökat stöd från hälso- och sjukvården skulle underlätta både för anhöriga och för personen med afasi och därmed minska beroendeställningen till anhöriga. Detta skulle kunna leda till att den anhörige kan vara ett stöd som familj och inte som vårdgivare, vilket skulle kunna undvika negativa känslor samt negativa relationsförändringar både för personer med afasi och dess anhöriga. Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar behovet av stöd för personen med afasi men även behovet av stöd till anhöriga för att undvika att relationer och återhämtningen påverkas negativt. I enlighet med Patientlagen (SFS 2014:821) 6 kap. 1§ så ska patientens behov av trygghet och säkerhet tillgodoses och att insatser som patienten behöver ska samordnas. Vilket i detta fall kan vara behov av insatser som tillgodoser stöd och hjälp i vardagen. Denna litteraturöversikts resultat visade även att vänskapsrelationer med personer som också hade afasi kunde innebära en ömsesidig förståelse och konversationerna kunde kännas som lättare. Detta sågs även i Manning et al. (2019) och Northcott et al. (2016) där vänner som delade erfarenheten av stroke och afasi kunde leda till en känsla av förståelse och acceptans. Vänner med afasi sågs som ett ytterligare stöd och kunde skapa en samhörighet där de inte längre var ensamma i upplevelsen av afasi efter en stroke. Då stödet inte alltid fanns där kunde det leda till en minskad delaktighet i samhället vilket kunde påverka återhämtningen och anpassningen till sin afasi. Detta kan kopplas till Roy (2009) som beskriver att ett minskat stöd skulle kunna leda till svårigheter att anpassa sig till den nya situationen. Därmed kan

individens funktion i det sociala livet och plats i samhället påverka individens förmåga att anpassa sig till det nya livet med afasi efter stroke. Resultatet i denna litteraturöversikt visade tendenser på att personer med mindre tillgång av stöd hade svårare att anpassa sig, vilket stärker hur viktigt det är att stöd utformas efter varje individs behov. Stöd från familj och vänner samt sjukvården sågs öka förutsättningar för att anpassa sig till livet efter stroke.

Kommunikativa förmågor och en utveckling var viktiga delar för att känna hopp och optimism inför framtiden och ett bättre liv med afasi efter en stroke. Personer med afasi använde hopp för att arbeta framåt och skapa mål och det var även en stor faktor för hur väl de anpassade sig till den nya situationen. Enligt Roy (2009) kan en ovisshet kring varför och hur länge en situation kommer pågå påverka anpassningen. Osäkerhet på framtiden var något som många upplevde speciellt till hur väl de skulle kunna återhämta sig och om deras kommunikationsförmågor skulle kunna återgå till det normala. I Cheng et al. (2022) beskrevs hopp som en styrka för att fortsätta sin utveckling. Den ovissa framtiden var psykiskt påfrestande även för anhöriga och de hade en rädsla av att förlora personen med afasi i framtiden (Gawulayo et al., 2021). Till skillnad från resultatet i denna litteraturöversikt så framkom det i en studie av Cheng et al. (2020) att personer hade accepterat en osäker framtid. Sjuksköterskan kan inom denna kategori med hjälp av personcentrerad vård motivera patienten och inbringa hopp för en bättre framtid utifrån egna resurser från personen med afasi. Genom att skapa relationer mellan sjuksköterskan och patienten kan de bli en stöttande resurs och vården blir mer anpassad efter behoven som personer med afasi har (Ekman et al., 2020; McCance & McCormack, 2019).

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att belysa personers upplevelser av afasi efter en stroke. Val av metod blev en icke systematisk litteraturöversikt då den ansågs vara bäst lämpad enligt både Kristensson (2014) och Friberg (2022b) för att kunna bäst kunna svara på syftet under den begränsade tid som fanns till förfogande. En icke systematisk litteraturöversikt baseras till skillnad från en systematisk litteraturöversikt på ett antal artiklar som författarna själva har valt ut som sedan sammanställs (Kristensson, 2014; Rosén, 2017). Detta gör att denna metod inte har samma omfattning eller är lika tidskrävande som en systematisk litteraturöversikt eftersom denna metod sammanställer all tillgänglig forskning inom området. Hade en systematisk litteraturöversikt gjorts skulle resultatet kunna ge en större förståelse för personer med afasi samt ge ett bredare underlag med fler upplevelser. Enligt Kristensson (2014) har en icke systematisk litteraturöversikt inte lika stark evidens som en systematisk litteraturöversikt, men den valda metoden kan fortfarande vara värdefull och ge viktig information om kunskapsläget inom det belysta området. Detta anser författarna att denna metod har givit samt att metoden kunde svara på syftet. Författarna har tillämpat ett strukturerat och tydligt arbetssätt där en tydlig redovisning av processens alla steg skett, något som enligt Kristensson (2014) krävs i både en systematisk och icke systematisk litteraturöversikt. Processens delar har genomförts utan några uppstådda problem. Trots att inga problem uppstått upplever författarna till denna litteraturstudie att processen kunde ha utförts annorlunda. Exempelvis kunde den integrerade analysmodellen ha följts mer detaljerat genom att använda färgkodning i artiklarna i stället för att endast markera det viktiga och sedan dela upp innehållet i kategorier, då detta skulle kunna undvika att ytterligare innehåll missats. Då författarna vid denna metod har valt ut artiklarna leder det således enligt Rosén (2017) till en svaghet i översikten då det finns risk för bias, eftersom författarna kan ha varit selektiva vid valet av artiklar för eget intresse eller åsikter.

Författarna hade detta i åtanke under arbetsprocessen genom att ett så objektivt förhållningssätt som möjligt tillämpades. Alla titlar och abstrakt lästes av båda författarna där författarna var för sig valde vilka artiklar de ansåg lämpliga. Sedan jämfördes och valdes de artiklar som hade ett syfte och abstrakt som ansågs svara på syftet till denna litteraturöversikt. Artiklarna som hade valts ut lästes i fulltext av båda författarna och diskuterades sedan av huruvida de svarade på denna litteraturöversikts syfte. Genom att granska alla artiklar enskilt och sedan diskutera dem gemensamt anser författarna att risken för att valen av artiklarna kan ha varit selektivt minskar, då författarna har olika förförståelse av ämnet och olika intresse och åsikter. Detta ökar enligt Henricsson (2017) reliabiliteten för litteraturstudien.

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar samt artiklar med mixad metod inkluderades i denna litteraturöversikt, där majoriteten av artiklarna var kvalitativa. Endast en artikel var kvantitativ och tre artiklar använde sig av en mixad metod. Kvalitativa studier visar deltagarnas subjektivt upplevda erfarenheter, vilket kan ge en djupgående förståelse för deltagarens beteenden, upplevelser och känslor som kan vara svårt att få fram i en kvantitativ studie (Kjellström, 2017). Inkluderingen av både kvalitativa och kvantitativa artiklar är något som Friberg (2022b) menar ökar trovärdigheten då dessa artiklar kompletterar varandra. Henricsson (2017) menar dock att artikelns trovärdighet ökar om endast artiklar med samma design inkluderas. Författarna har reflekterat över att en majoritet av artiklarna är kvalitativa men både kvalitativa och kvantitativa artiklar är representerade då författarna ansåg att delar av kvantitativa data kunde stärka de kvalitativa studierna genom att tillföra statistik att jämföra de kvalitativa studierna emot. Författarna har reflekterat kring att endast en renodlad kvantitativ studie inkluderats och att en studie möjligtvis ger en lägre trovärdighet än om fler kvantitativa artiklar inkluderats.

Valda avgränsningar, inklusions- och exklusionskriterier har i enlighet med Friberg (2022b) noggrant beskrivits för att läsaren ska kunna förstå hur urvalet av artiklar genomförts. Då endast primärkällor inkluderades ökar kvaliteten och tillförlitligheten för denna litteraturöversikt, då primärkällor enligt Kristensson (2014) har en högre tillförlitlighet än sekundärkällor. De inkluderade artiklarnas trovärdighet stärktes ytterligare då författarna endast valt artiklar som är "peer-reviewed". Enligt Östlundh (2022) ger de mer tillförlitlighet då de är granskade av andra forskare som arbetar inom samma område innan artikeln publiceras. Avgränsningar till årtal som artikel skulle vara publicerad gjordes i enlighet med Östlundh (2022), avgränsningen gjordes till årtalen 2012-2022 då författarna endast ville inkludera den senaste forskningen till resultatet. Betydelsefulla artiklar kan ha missats på grund av avgränsningen till årtal. Avgränsning i språk gjordes till engelska, men då engelska inte är författarnas modersmål kan litteraturöversikten resultat enligt Kristensson (2014) erhålla en svaghet på grund av feltolkning av artiklarna. Författarna har använt sig av ett digitalt lexikon till hjälp för att minimera riskerna av feltolkningar, samt att författarna har diskuterat tvetydigheter som uppstått. Hade författarna valt att söka på artiklar på svenska hade sökresultatet varit begränsat och viktig kunskap hade eventuellt missats (Östlundh, 2022).

Enligt Rosén (2017) krävs en tydlig sökstrategi för att kunna ge ett relevant sökresultat och att kunna utesluta irrelevanta artiklar. Därför togs kontakt med en bibliotekarie på Sophiahemmets Högskola. Kontakten med bibliotekarien hjälpte författarna att få fram sökningar som kunde besvara syftet och det var även de sökningar som användes, och som ledde fram till de artiklar som inkluderades i resultatet. PubMed och CINAHL användes och genom att göra sökningar i flera olika databaser som behandlar omvårdnad och

personers erfarenheter ökar resultatets sensitivitet enligt Henricson (2017), vilket också bidrar till att reliabiliteten stärks. För att stärka reliabiliteten ytterligare har samtliga genomförda sökningar i databaserna noggrant redovisats med sökord och kombinationer som används i enlighet med Friberg (2022b). Författarnas sökstrategier har tydligt redovisats och genom att redovisa sökningar och sökstrategier gör det studien reproducerbar. Flera av artiklarna återkom i sökningarna vilket enligt Henricson (2017) innebär att sökorden är mer relevanta och därmed även ökar trovärdigheten för studien. Där dubletter funnits i sökningarna har det noterats i söktabellen, se Tabell 1 under *Datinsamling*. Vid sökningarna i databaserna har författarna valt att kombinera fritextsökningar med sökord som kommer från ämneslistan, då det enligt Henricsson (2017) ökar specificiteten. Författarna har utöver de strukturerade databassökningarna även gjort två manuella sökningar där endast en av artiklarna inkluderades då de svarade på litteraturöversiktens syfte. Kristensson (2014) menar att då risken finns att all relevant forskning inte är indexerad i en databas eller uppkommer efter de sökord som valts, kan en manuell sökning vara värdefull. I denna litteraturöversikt gjordes de manuella sökningarna genom 'Similar articles' i PubMed. Det fanns en risk att valet av denna artikel som inkluderades gjorts av intresse eller önskan av resultat av författarna, och kan sänka kvaliteten på denna litteraturöversikt. Detta har diskuterats mellan författarna som kom fram till att artikeln besvarade litteraturöversiktens syfte och därmed skulle inkluderas till resultatet.

Sökningarna i CINAHL och PubMed genererade totalt 352 sökträffar efter de avgränsningar som gjorts, av dessa inkluderades 17 artiklar i resultatet, vilket författarna ansåg vara en tillräcklig mängd för att svara på litteraturöversiktens syfte. Artiklarna valdes noggrant ut för att endast inkludera de som tog upp personers egna upplevelser av afasi efter en stroke. De artiklar som tog upp upplevelsen av afasi efter stroke eller studier ur endast vårdpersonalen eller anhörigas perspektiv exkluderades. De fall där anhöriga var delaktiga under studien valde författarna att endast fokusera på de delar där personen med afasi själv beskrev sina upplevelser, eller där den anhöriga hjälpte den drabbade att förklara dess perspektiv och upplevelser. Artiklar som diskuterade andra kommunikationssvårigheter än afasi exkluderades då författarna ville fokusera specifikt på upplevelsen av afasi. Många artiklar var inriktade på personers upplevelser av specifika behandlingar eller terapier mer än upplevelsen av afasin och även dessa studier exkluderades. De inkluderade studierna är utförda i flera olika länder över världen då det enligt Kristensson (2014) kan stärka litteraturöversiktens kvalitet och fler inkluderade länder kan leda till att litteraturöversikten blir mer generaliserbar. Alla studierna är dock utförda i höginkomstländer och majoriteten i västvärlden, vilket författarna ser som en svaghet då resultatet inte kan spegla hur det ser ut i hela världen. Trots skillnader i kultur, religion och sjukvårdssystem framkom inga signifikanta skillnader i upplevelser av afasi efter en stroke. Det kan dock bero på att majoriteten av studierna var utförda i västvärlden som trots skillnader har en liknande kultur och sjukvårdssystem. För att denna studie skulle vara generaliserbar skulle ett mer omfattande resultat krävas. Författarna upplever dock att denna litteraturöversikt skulle vara överförbar till svensk hälso- och sjukvård då Sverige är ett höginkomstland som har många av de stödsystem som presenteras i denna studie och där upplevelser av personerna med afasi kan hjälpa till att förbättra den svenska hälso- och sjukvården.

Författarna ser att upplevelsen av afasi kan påverkas av sambandet med en stroke. Då personerna ofta har andra komplikationer som kan påverka hur väl man anpassar sig och lever efter sin stroke. Eftersom litteraturstudien fokuserar på afasi efter en stroke kan

upplevelserna av afasi vara påverkade och inte alltid vara applicerbara på en person med afasi till följd av en annan anledning än stroke. Då afasi innebär svårigheter att utföra samt förstå tal och skrift kan det vara så att författarna till de inkluderade artiklarna har tolkat sitt eget resultat felaktigt, vilket skulle kunna leda till att även denna litteraturöversikt resultat feltolkats. Majoriteten av studierna var intervjustudier och hade mestadels en talpedagog närvarande under intervjuer, några hade även anhöriga närvarande. Under några studier användes bilder eller andra kommunikationshjälpmedel för att underlätta för deltagarna. Detta kan minska risken för att feltolkningar skett hos primärkällan. De anhöriga som närvarade vid intervjuerna kan påverka resultatet om exempelvis deltagaren inte vill uttrycka alla upplevelser framför sin anhöriga. Det var dock personen själv som valde om den anhöriga skulle närvara vilket minskar risken för att information förlorats. Upplevelserna av afasi kan även skilja sig beroende på personens svårighetsgrad, där de flesta av inkluderade studier endast intervjuade personer med mild eller måttlig afasi och exkluderade svår afasi. Det kan leda till att upplevelser hos personer med svår afasi inte finns representerade i denna litteraturöversikt. De inkluderade studierna undersökte personer under olika tider i återhämtningen något som troligtvis påverkat upplevelserna. Den stora bredden på tid efter insjuknande leder till att flera upplevelser belysts, vilket kan göra detta resultat mer tillförlitligt. Upplevelserna kan även påverkas av den drabbades ålder, framför allt om de är i en yrkesverksam ålder eller inte. Då upplevelsen av afasi kan skilja sig mycket beroende vart personen befinner sig i livet. Då många åldrar är representerade i de inkluderade studierna ökar tillförlitligheten till denna litteraturöversikt resultat. I flera av studierna genomgick deltagare språk- och talterapi vilket kan ha påverkat resultatet då det innebär att inte alla personer haft samma möjlighet till återhämtning, vilket även kan påverka upplevelser av afasi.

Författarna har noggrant kontrollerat att alla inkluderade artiklar har ett etiskt förhållningssätt samt att en etisk kommitté har godkänt studien i enlighet med Kristensson (2014) då det i en litteraturöversikt är nödvändigt. Har inte de vetenskapliga artiklarna tydligt uppfyllt dessa krav har artikeln exkluderats. Förkunskaper i det område som studeras är vid litteraturöversikter inte ovanligt (Henricson, 2017). Det är enligt Rosén (2017) svårt att förkunskaperna inte påverkar litteraturöversiktens resultat, men understryker att det ska undvikas i största möjliga mån. Författarna hade viss kunskap kring ämnet inför denna litteraturöversikt både i form av att ha mött personer med stroke och av erfarenheter från familj. Reflektion skedde tidigt i processen över detta men även under hela processens gång hur det skulle kunna påverka resultatet. För att upprätthålla en god forskningssed är ett objektiva förhållningssätt och att undvika personliga åsikter av största vikt vid tolkningen av artiklarnas resultat. Flera av studierna som inkluderats i resultatet är skrivna av samma författare. Detta är något som kan öka risken för bias och därmed minska tillförlitligheten. Detta forskningsområde är smalt och många av studierna är utförda av samma författare och är därmed återkommande i sökresultat. Författarna är medvetna om detta men upplever att varje studie tillför nya upplevelser eller styrker upplevelser från andra studier som inte är skrivna av dessa författare.

I enlighet med Kristensson (2014) gjordes en kvalitetsgranskning av de 17 inkluderade artiklarna för att öka tillförlitligheten av denna litteraturöversikt. Kvalitetsgranskningen gjordes för att säkerställa att samtliga inkluderade artiklar höll en hög eller medelhög kvalitet och gjordes i enlighet med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för kvalitetsgranskning, som är utarbetat och modifierat efter Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016), vilket visas i Bilaga A. Samtliga artiklar granskades gemensamt av författarna för att erhålla en samsyn på tillämpningen av granskningsmallen, i enlighet med

Kristensson (2014). Efter granskningen gjordes bedömningen att 12 artiklar var av hög kvalitet (I) och att fem artiklar var av medelhög kvalitet (II). Inga artiklar bedömdes vara av låg kvalitet (III). De fem artiklar som bedömdes till medelhög kvalitet valde författarna att inkludera i litteraturöversikten då de ansågs relevanta och betydelsefulla för att svara på litteraturöversiktens syfte, samt att de tillför viktiga aspekter till resultatet. I dessa artiklar var det endast enstaka kriterier som gjorde att de inte nådde en hög kvalitet. Vissa av de kvalitativa artiklarna hade ett lågt deltagarantal men hade enligt kvalitetsgranskning en hög- eller medelhög kvalitet samt att artiklarna enligt författarna hade en hög relevans för litteraturöversiktens syfte och valde därför att inkluderas. Läsaren av denna litteraturöversikt bör ta i beaktande att författarna inte hade någon erfarenhet av att granska artiklar och att det därav kan ha skett en felaktig bedömning av artiklarna. Alla inkluderade artiklar redovisas i Bilaga B för att läsaren själv ska kunna granska artiklarna och dess resultat samt få en överblick över dess resultat.

I denna litteraturöversikt gjordes en integrerad analys i enlighet med Kristensson (2014) för att på ett överskådligt sätt sammanställa och presentera de vetenskapliga artiklarna i resultatet. Granskningen gjordes som ett första steg av författarna var och en för sig för att sedan gemensamt få en överblick på vilka upplevelser hos personer med afasi efter stroke som framträdde mest. Genom att först granska enskilt och sedan jämföra med varandra i de olika stegen skapade det en diskussion och risken för att förlora värdefull information till resultatet minskade, då författarna såg olika delar som intressanta och därmed kompletterade författarnas fynd i artiklarna varandra. Det viktigaste från varje artikel plockades ut för att sedan jämföras och för att kategoriseras till huvudkategorier och underkategorier i litteraturöversiktens resultat. Genom att markera allt som var viktigt i varje artikel och sedan lägga det under kategorier ansåg författarna även här att risken för att missa värdefull information minskade när resultatet sammanställdes.

Under forskningsprocessens gång har författarna under flera tillfällen fått återkoppling från både handledare och handledningsgrupp vilket är något som Henricson (2017) beskriver som betydelsefullt för att öka trovärdigheten av litteraturöversikten. Vid fem tillfällen har litteraturöversikten granskats av en handledare samt två kurskamrater. Idéer om förbättringar har utbyttts med andra studenter och med hjälp av den konstruktiva kritik och feedback har arbetet ständigt förbättras, vilket stärker studiens trovärdighet. Examinande lärare har även granskat litteraturöversikten vid en mittbedömning för att ge konstruktiv kritik och därmed kunna förbättra litteraturöversikten.

Litteraturöversiktens referenshantering har genomförts i enlighet med Sophiahemmet Högskolas modifierade version av APA. Referenshanteringen har gjorts för att ge läsaren en transparens till varifrån information till litteraturöversikten har inhämtats. APA har ett strukturerat sätt att referera den inkluderade information både i referenslista och i den löpande texten. Argument som författarna har gjort stöds av användningen av referenser då informationen kan knytas till tidigare studier (Kristensson, 2014).

Slutsats

Resultatet i denna litteraturöversikt belyser upplevelsen av afasi efter en stroke. Stöd från vänner och familj sågs i de flesta av fallen som en viktig resurs för att känna motivation och för att anpassa sig till sitt nya liv. Även vänner som hade afasi efter en stroke sågs för många som en viktig del i återhämtningsprocessen och för att ha någon som förstod vad de gick igenom. Det framkom i resultatet att den minskade

kommunikationsförmågan påverkade personens vardag och delaktighet i samhället i form av sociala aktiviteter, önskan att arbeta och i möte med vården. Den minskade delaktigheten påverkar personens syn på sig själv och dess identitet. En uppfattning av en tydlig identitet var något som även Roys adaptationsmodell beskrev som en grundläggande faktor för att kunna anpassa sig till en ny situation. Det visade sig att språk- och talterapi uppskattades av de flesta personerna som deltog i studierna och sågs som en resurs till återhämtningen. Andra delar av vården upplevdes i många fall som otillräckligt anpassad efter de kommunikationssvårigheter personerna hade. Alla faktorer som nämnts ovan sågs som viktiga delar för att kunna leva ett gott liv med afasi. Det finns vetenskapliga belägg som visar att kommunikationssvårigheter och bristande kunskap av afasi hos sjuksköterskor och annan vårdpersonal bidrar till att personer med afasi inte alltid möts med den respekt de ska. Behoven blir då inte alltid uppmärksammade vid mötet med hälso- och sjukvården. En ökad kunskap inom vården och samhället skulle kunna leda till att personer med afasi efter en stroke har större förutsättningar för att bli delaktiga i sin egen vård och i samhället. Detta kan förbättra upplevelsen av återhämtning och rehabilitering samt upplevelsen av att leva gott med afasi efter en stroke.

Fortsatta studier

I denna litteraturöversikt framkom personers upplevelser av att leva med afasi efter en stroke. Det mest utstickande var att kommunikationssvårigheterna påverkade många delar av vardagen samt mötet med sjukvården. Relationer, konversationer, delaktighet och identitet påverkades på olika sätt. Detta ledde till att författarna började fundera kring hur en ökad kunskap om afasi hos sjuksköterskor och annan vårdpersonal skulle kunna öka delaktigheten för personer med afasi. Funderingar väcktes även till hur en ökad kunskap kring kommunikationsstrategier hos sjuksköterskor skulle underlätta i vårdmötet. Något som också väckte författarnas intresse var hur kunskapen om afasi i samhället men även i hälso- och sjukvården kan ökas. Författarna saknade forskning kring hur kunskapsläget såg ut hos hälso- och sjukvårdspersonal samt i samhället något som kan undersökas i fortsatta studier. Fler studier kring personers upplevelser av afasi behövs då det inte är ett så brett utforskat område, samt då afasi är vanligt förekommande och behöver uppmärksammas ytterligare. Författarna hade även svårigheter att hitta studier i låg- och medelinkomstländer, som visar personers upplevelser av att leva med afasi efter en stroke.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet kan ligga till grund för en ökad förståelse av hur personer upplever sin afasi efter en stroke, vilket kan hjälpa sjuksköterskan att öka dessa personers delaktighet i sin vård. Genom en ökad kunskap kring afasi hos sjuksköterskan kan hälso- och sjukvården bli mer personcentrerad. Kommunikationsstrategier är av vikt för att personer med afasi ska kunna delge sina önskemål vid vård och göra sin röst hörd, något som sjuksköterskan behöver få ökad kunskap kring. Då både sjuksköterskan och personer med afasi upplever att hälso- och sjukvårdspersonal saknar den kunskap som behövs för att personer med afasi ska kunna göra sig förstådda, samt för att förstå den information som ges. Tidigare studier har beskrivits ur sjuksköterskans perspektiv där de upplever att de saknar kunskap för att kunna bemöta personer med afasi, något som kan tyda på att resultatet i denna litteraturöversikt har en klinisk tillämpbarhet. Resultatet i denna litteraturöversikt är baserad på forskning som utförts enbart i höginkomstländer på män och kvinnor över 18 år, vilket innebär att denna studie har en klinisk tillämpbarhet i Sverige och andra

höginkomstländer, samt personer över 18 år. Denna litteraturöversikt är inte tillämpbar i hela världen, särskilt inte på låg- och medelinkomstländer. De inkluderade artiklarna pekade mot samma slutsats vilket leder till att signifikansen ökar och därmed gör denna litteraturöversikt klinisk tillämpbar.

Enligt HSL (SFS 2017:30) ska vården ges på lika villkor och bygga på respekt för patientens autonomi och lika värdighet, samt att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa för hela befolkningen. Det krävs att hälso- och sjukvårdspersonal och samhället får en ökad kunskap kring afasi för att detta ska bli genomförbart. Genom att öka kunskapen kring afasi kan dessa personers välmående förbättras. Ett förbättrat välmående kan leda till minskat behov av vård på grund av minskad psykisk ohälsa samt en ökad delaktighet i samhället, vilket kan minska samhällskostnader. För att vården ska kunna ges på lika villkor och respektera personens autonomi är det en förutsättning att sjuksköterskan kan kommunicera med patienten. I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) beskrivs hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter till att patienten ska få en sakkunnig vård, samt att vården i så stor utsträckning som möjligt ska utföras med samråd till patienten och att respekt och omtanke ska ges. Detta har denna litteraturöversikt uppmärksammat inte alltid är fallet då sjuksköterskan saknar kunskaper. Författarna har en förhoppning om att denna litteraturöversikt är tillämpbar genom att belysa kunskapsbristen och upplevelser av afasi och på så sätt underlätta för personer med afasi i mötet med sjuksköterskan. Då personen med afasi kan få möjlighet att uttrycka sina åsikter och önskningar och därmed bli mer delaktig i sin vård, samt finna hopp om framtiden och utveckling.

I Sverige och i många delar av världen finns det en brist på hälso- och sjukvårdspersonal, som exempelvis sjuksköterskor och det är en hög belastning på sjukvården. Det saknas erfarna sjuksköterskor vilket leder till brist på kunskap och att risken för en sämre vård ökar. Denna reflektion gjordes efter sammanställning av resultatet samt efter att författarna jobbat inom vården själva och sett personalbristen och vad det kan leda till. För att få en hållbar hälso- och sjukvård där kunskaper delas med varandra krävs det att erfaren personal stannar kvar i yrket, vilket kan leda till att kunskaper om afasi ökar. Det krävs även att sjuksköterskan och patienten samverkar för att åstadkomma hållbarhet och det är viktigt för att partnerskapet ska hålla under en längre period (Anåker & Elf, 2014). I FN:s globala mål och agenda 2030 är mål 3 hälsa och välbefinnande (Regeringen, u.å). Målet handlar om att främja välbefinnande samt att säkerställa hälsosamma liv för hela befolkningen. Sjuksköterskan kan bidra till att främja befolkningens välbefinnande, då de kan informera om hälsosamma vanor samt arbeta preventivt mot ohälsa (Anåker & Elf, 2014). Då sjuksköterskan arbetar utifrån ett humanistiskt perspektiv med att förbättra personers ekonomiska, fysiska och sociala miljöer är sjuksköterskan lämplig till att utveckla vården mot hållbarhet. Denna litteraturöversikt kan därmed ses som tillämpbar utifrån ett hållbart perspektiv.

Författarnas bidrag

Författarna Moa Bäck och Vendela Bjälkelid har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

REFERENSER

* Originalartiklar som inkluderats i resultatet.

Alexandrov, A.W., Brewer, B.B., Moore, K., Grau, C., Beenstock, D.J., Cudlip, F., Murphy, D.A., Klassman, L., Korsnack, A.M., Johnson, B., Parliament, C.F., Lane, P.C., Walsh, T., Gottbrath, D., Wojner, A.J., DiBiase, S.E., & Alexandrov, A.V. (2019). Measurements of patients' perceptions of the quality of acute stroke services: Development and validation of the STROKE perception report. *Journal of the Neurological Sciences*, 51(5), 208-216. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000471>

Anåker, A., & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 381-389. <https://doi.org/10.1111/scs.12121>

*Armstrong, E., Hersh, D., Hayward, C., Fraser, J., & Brown, M. (2012). Living with aphasia: Three indigenous Australian stories. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 271-280. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.663790>

Arntzen, C., & Hamran, T. (2015). Stroke survivors' and relatives' negotiation of relational and activity changes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(1), 39-49. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1080759>

Baker, C., Rose, M.L., Ryan, B., & Worrall, L. (2021). Barriers and facilitators to implementing stepped psychological care for people with aphasia: Perspectives of stroke health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 28(8), 581-593. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1849952>

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

*Berg, K., Askim, T., Balandin, S., Armstrong, E., & By Rise, M. (2016). Experiences of participation in goal setting for people with stroke-induced aphasia in Norway. A qualitative study. *Disability & Rehabilitation*, 39(11), 1122-1130. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1185167>

Bergbom, I. (2019). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2. Uppl., ss. 89-113). Liber.

Beuckelman, D., & Light, J. (2020). *Augmentative & Alternative Communication: Supporting children and adults with complex communication needs* (5th Ed.). Brookes Publishing Co.

Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International Emergency nursing*, 42, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>

*Blom Johansson, M., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47(2), 144-155. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x>

*Blonski, D.C., Covert, M., Gauthier, R., Monas, A., Murray, D., O'Brien, K.K., Mendelson, A.D., & Huijbregts, M. (2014). Barriers to and facilitators of access and participation in community-based exercise programmes from the perspective of adults with post-stroke aphasia. *Physiotherapy Canada*, 66(4), 367-375. <https://doi.org/10.3138/ptc.2013-70>

Brady, M., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review). *Cochrane Library*, 2016(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub4>

*Bright, F.A.S., McCann, C.M., & Kayes, N.M. (2019). Recalibrating hope: A longitudinal study of the experiences of people with aphasia after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 34(2), 428-435. <https://doi.org/10.1111/scs.12745>

*Brown, K., Davidson, B., Worrall, L.E., & Howe, T. (2013). "Making a good time": The role of friendship in living successfully with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(2), 165-175. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.692814>

Carragher, M., Gillian, S., O'Halloran, R., Torabi, T., Johnson, H., F. Taylor, N., & Rose, M. (2020). Aphasia disrupts usual care: the stroke team's perceptions of delivering healthcare to patients with aphasia. *Disability & Rehabilitation*, 43(21), 3003-3014. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1722264>

Cheba, M., Zuralska, R., & Skrzypek-Czerko, M. (2014). Difficulties related to the communication with the patient with aphasia according to the nursing staff. *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing*, 3(2), 75-80. <https://doi.org/10.15225/PNN.2014.3.2.4>

Cheng, B.B.Y., Ryan, B.J., Copland, D.A., & Wallace, S.J. (2022). Prognostication in post-stroke aphasia: Perspectives of people with aphasia on receiving information about recovery. *Neuropsychological Rehabilitation*. <http://doi.org/10.1080/09602011.2022.2051565>

Dietz, A., Wallace S., & Weissling K. (2020). Revisiting the role of augmentative and alternative communication in aphasia rehabilitation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 909-913. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00041

Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K., & Norberg, A. (2020). Personcentrering: En etik i praktiken. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (2. Uppl., ss. 27-57). Liber.

Ellis, C., & Urban, S. (2016). Age and aphasia: a review of presence, type, recovery and clinical outcomes. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 23(6), 430-439. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1150412>

Engelter, S.T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F., & Lyrer, P.A. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: Incidence, severity, fluency, epidemiology, and thrombolysis. *Stroke*, 37(6), 1379-1384. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c>

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>

Folkhälsomyndigheten. (2021). *Vad är en folksjukdom?* Hämtad 2 maj, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-folksjukdomar/>

Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (3. uppl., ss. 27-77). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022a) Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning- inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 169-183). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022b). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 185-199). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022c). Tankeprocessen under examenarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 41-56). Studentlitteratur.

Gawulayo, S., Erasmus, C.J., & Rhoda, A.J. (2021). Family functioning and stroke: Family members' perspectives. *African Journal of Disability*, 10(0), a801. <https://doi.org/10.4102/ajod.v10i0.801>

Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L., & Scarinci, N. (2013). Third-party disability in family members of people with aphasia: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(16), 1324- 1341. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.735341>

*Grohn, B., Worrall, L.E., Simmons-Mackie, N., & Brown, K. (2012). The first 3-months post-stroke: What facilitates successfully living with aphasia? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(4), 390-400. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.692813>

*Grohn, B., Worrall, L.E., Simmons-Mackie, N., & Hudson, K. (2014). Living successfully with aphasia during the first year post-stroke: A longitudinal qualitative study. *Aphasiology*, 28(12), 1405-1425. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.935118>

Goldstein, L.B., Bushnell, C.D., Adams, R.J., Apple, L.J., Braun, L.T., Chaturvedi, S., Creager, M.A., Culebras, A., Eckel, R.H., Hart, R.G., Hinchey, J.A., Howard, V.J., Jauch, E.C., Levine, S.R., Meschia, J.F., Moore, W.S., Nixon, J.V., & Pearson, T.A. (2011). Guidelines for the primary prevention of stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 42(2), 517-584. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3181fcb238>

Gozalova, M.R., Gazilov, M.G., Kobeleva, O.V., Seredina, M.I., & Loseva, E.S. (2016). Non-verbal communication in the modern world. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(4), 553-558. <https://doi.org/10.5901/mjss.2016.v7n4p>

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl.). Studentlitteratur.

Hemsley, B., Balandin, S., & Worall, L. (2012). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and facilitator to successful communication in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 116-126. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 412-420). Studentlitteratur.

Jerath, N.D., Reddy, C., Freeman, W.D., Jerath, A.U., & Brown, R.D. (2011). Gender differences in presenting signs and symptoms of acute ischemic stroke: A population based study. *Gender Medicine*, 8(5), 312-319. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2011.08.001>

Johansson-Malmeling, C., Antonsson, M., Wengelin, Å., & Henriksson, I. (2021). Using a digital aid to improve writing in persons with post-stroke aphasia: An intervention study. *International Journal of Language & Communications Disorders*, 57(2), 303-323. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12696>

Jones, S.P., Carter, B., Ford, G.A., Gibson, J.M.E., Leathley, M.J., McAdam, J.J., O'Donnell, M., Punekar, S., Quinn, T., & Watkins, C.L. (2013). The identification of acute stroke: An analysis of emergency calls. *International Journal of Stroke*, 8(6), 408-412. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00749.x>

Karlsson, E.K. (2017). Informationssökning. I M. Henriksson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss 81-97). Studentlitteratur.

Kasner, S.E. (2006). Clinical interpretation and use of stroke scales. *Lancet Neurol*, 5(7), 603-612. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(06\)70495-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70495-1)

Kim, B.R., Lee, J., Sohn, M.K., Kim, D.Y., Lee, S.G., Shin, Y.I., Oh, G.J., Lee, S.Y., Joo, M.C., Han, E.Y., & Kim, Y.H. (2017). Risk factors and functional impact of medical complications in stroke. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(5), 753-760. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.5.753>

Kitson, A.L., Dow, C., Calabrese, J.D., Locock, L., & Athlin, Å.M. (2013). Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies* 50(3), 392-403. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.017>

*Kjellén, E., Laakso, K., & Henriksson, I. (2017). Aphasia and literacy-the insider's perspective. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(5), 573-584. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12302>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henriksson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss 58- 80). Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur och Kultur.

Kristo, I., & Mowll, J. (2021). Voicing the perspectives of stroke survivors with aphasia: A rapid evidence review of post-stroke mental health, screening practices and lived experiences. *Health and Social Care in the Community*, 30(4), e898-e908. <https://doi.org/10.1111/hsc.13694>

*Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L., & Sage, K. (2020). People with aphasia's perspective of the therapeutic alliance during speech-language intervention: A Q methodological approach. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(1), 59-69. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1585949>

*Le Dorze, G., Salois-Bellerose, É., Alepins, M., Croteau, C., & Hallé, M.-C. (2014). A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology*, 28(4), 421-439. <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.869305>

*Lee, H., Lee, Y., Choi, H., & Pyun, S.-B. (2015). Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. *Yonsei Medical Journal*, 56(6), 1694-702. <https://doi.org/10.3349/ymj.2015.56.6.1694>

Lyden, P. (2017). Using the National Institutes of Health Stroke Scale A Cautionary Tale. *Stroke*, 48(2), 513-519. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.015434>

Manning, M., MacFarlane, A., Hickey, A., & Franklin, S. (2019). Perspectives of people with aphasia post-stroke towards personal recovery and living successfully: A systematic review and thematic synthesis. *PLOS ONE*, 14(3), e0214200. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214200>

*Manning, M., MacFarlane, A., Hickey, A., Galvin, R., & Franklin, S. (2021). 'I hated being ghosted'- The relevance of social participation for living well with post-stroke aphasia: Qualitative interviews with working aged adults. *Health Expectations*, 24(4), 1504-1515. <https://doi.org/10.1111/hex.13291>

*Manning, M., MacFarlane, A., Hickey, A., Galvin, R., & Franklin, S. (2022a). Regulating emotional responses to aphasia to re-engage in life: a qualitative interview study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57(2), 352-365. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12702>

*Manning, M., MacFarlane, A., Hickey, A., Galvin, R., & Franklin, S. (2022b). The relevance of stroke care for living well with post-stroke aphasia: a qualitative interview study with working- aged adults. *Disability & Rehabilitation*, 44(14), 3440-3452. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1863483>

McCance, T., & McCormack, B. (2019). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2. Uppl., ss. 76-88). Liber.

National institute of deafness and communication disorders (2015). *Aphasia*. <https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/voice/Aphasia.pdf>

Nelleke Van Rijssen, M., Veldkamp, M., Bryon, E., Remijn, L., Visser-Meily, J.M.A., Gerrits, E., & Van Ewijk, L. (2022). How do healthcare professionals experience communication with people with aphasia and what content should communication partner training entail? *Disability and Rehabilitation*, 44(14), 3671-3678. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878561>

*Niemi, T., & Johansson, U. (2013). The lived experience of engaging in everyday occupations in persons with mild to moderate aphasia. *Disability & Rehabilitation*, 35(21), 1828-1834. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.759628>

Northcott, S., Moss, B., Harrison, K., & Hilari, K. (2016). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: associated factors and patterns of change. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 811-831. <https://doi.org/10.1177/0269215515602136>

*Northcott, S., Simpson, A., Thomas, S., Barnard, R., Burns, K., Hirani, S.P., & Hilari, K. (2021). “Now I am myself”: Exploring how people with poststroke aphasia experienced solution-focused brief therapy within the SOFIA trial. *Qualitative Health Research*, 31(11), 2041-2055. <https://doi.org/10.1177/10497323211020290>

Owolabi, M.O., & Agunloye, A.M. (2013). Risk factors for stroke among patients with hypertension: A case-control study. *Journal of the Neurological Sciences*, 325(1-2), 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.11.016>

Papathanasiou, I., Coppens, P., & Ansaldo, A.I. (2013). Plasticity and recovery in aphasia. In I. Papathanasiou, P. Coppens & C. Potagas (Eds.), *Aphasia: and related neurogenic communication disorders* (ss. 49-66). Jones & Bartlett Learning.

Plowman, E., Hentz, B., & Ellis, C. (2012). Post-stroke aphasia prognosis: a review of patient-related and stroke-related factors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(3), 689-694. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01650.x>

Potagas, C., Kasselimis, D.S., & Evdokimidis, I. (2013). Elements of neurology essential for understanding the aphasia. In I. Papathanasiou, P. Coppens & C. Potagas (Eds.), *Aphasia: and related neurogenic communication disorders* (ss. 23-48). Jones & Bartlett Learning.

Regeringen. (u.å.). *Agenda 2030 Mål 3: Hälsa och välbefinnande*. Hämtad 2 september, 2022, från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

Ridelberg, M., Roback, K., & Nilsen, P. (2014). Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. *BMC Nursing*, 13(23). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-23>

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss 375- 389). Studentlitteratur.

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3. Ed.). Pearson Prentice Hall.

Roy, C. (2011). Research based on the roy adaptation model: Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 312-320. <https://doi.org/10.1177/0894318411419218>

Royal College of physicians (2017). *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. <https://lof.se/filer/NEWS2-final-report.pdf>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (2. uppl.). Studentlitteratur.

Segersten, K. (2022). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 65-78). Studentlitteratur.

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad den 31 augusti, 2022, från <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som-sfs-2003-460>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 25 september, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 25 augusti, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821#K5

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad den 25 augusti, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30#K3

Sigurd, B., Helander, B., Rosengren, K.E., Björn, L.O., Ulfstrand, S. (u.å). Kommunikation. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 24 oktober, 2022, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/kommunikation>

Skagerström, J., Ericsson, C., Nilsen, P., Ekstedt, M., & Schildmeijer, K. (2017). Patient involvement for improved patient safety: A qualitative study of nurses' perceptions and experiences. *Nursing Open*, 4(4), 230-239. <https://doi.org/10.1002/nop2.89>

Socialstyrelsen (2020). Nationella riktlinjer för vård vid stroke: Stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545.pdf>

Socialstyrelsen. (2021a). *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära: Underlag till en nationell strategi*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7464.pdf>

Socialstyrelsen (2021b). *Statistik om stroke 2020*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7643.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, fysioterapeuterna, Sveriges arbetsterapeuter, dietisternas riksförbund & Sveriges tandläkarförbund (2016). *Säker vård: en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. <https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd964/1584345995743/s%C3%A4ker%20v%C3%A5rd%202016.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Nationell satsning för ökad patientsäkerhet: Patientsäkerhet lönar sig: Kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013*. <https://www.rvn.se/contentassets/7fde60f7bc3a48248658920a8eadf2d1/patientsakerhet-lonar-sig--slutenvardens-kostnader-for-skador.pdf>

Taubner, H., Hallén, M., & Wengelin, Å. (2020). Still the same?- Self-identity dilemmas when living with post-stroke aphasia in digitalised society. *Aphasiology*, 34(3), 300-318. <https://doi.org/10.1080/02687038.2019.1594151>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Vetenskapsrådet (2018). *Den europeiska kodexen för forskarens integritet: Reviderad utgåva*. https://www.vr.se/download/18.7f26360d16642e3af99e94/1540219023679/SW_ALLEA_Den_europeiska_kodexen_f%C3%B6r_forskningens_integritet_digital_FINAL.pdf

Wall, H.K., Beagan, B.M., O'Neill, J., Foell, K.M., & Boddie-Willis, C.L. (2008). Addressing stroke signs and symptoms through public education: The stroke heroes act FAST campaign. *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, and Policy*, 5(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396980/>

Wergeland, A., Ryen, S., Ødegaard-Olsen, T.-G. (2021). Omvårdnad vid stroke. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad 2* (3. uppl., ss. 307- 333). Liber.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4:e uppl.). Studentlitteratur.

Wolf, J.A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S.L. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7-19.
<https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>.

World health organisation (2022). *Stroke, cerebrovascular diseases*. Hämtad 28 augusti, 2022, från
<http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>

World Medical Association (2022). WMA declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 6 september, 2022, från
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zelano, J. (2020). Vård vid cerebrovasculära sjukdomar. I T. Ericson & M. Lind (Red.), *Medicinska sjukdomar* (5. uppl., ss. 229-255). Studentlitteratur.

Ödegård, S. (2019). Patientsäkerhet. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetener* (2. uppl., ss. 244-288). Liber.

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 79-109). Studentlitteratur.

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised Controlled Trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större väl planerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical Controlled Trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väl definierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Väl beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Armstrong, E., Hersh, D., Hayward, C., Fraser, J., & Brown, M. 2012 Australien	Living with aphasia: Three indigenous Australian stories	Utforska upplevelserna av afasi efter stroke hos tre australienska män.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Urvalet av deltagare gjordes genom en snöbollsmetod och med krav på att det skulle ha gått minst tre månader efter personens stroke och afasidiagnos samt att de skulle vara bebodda i ett storstadsområde. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. <u>Dataanalys:</u> Ljudinspelade intervjuer transkriberades och kodades sedan efter teman.	3 (-)	Resultatet presenterar de tre personers svårigheter och upplevelser med afasi efter stroke. Där bland svårigheter som uppkommer i det dagliga livet med anställningar, sociala interaktioner och familjerelationer.	K I
Berg, K., Askim, T., Balandin, S., Armstrong, E., & By Rise, M. 2016 Norge	Experiences of participation in goal setting for people with stroke-induced aphasia in norway. A qualitative study	Utforska patienters upplevelser av afasi delaktighet under målsättningsprocess, samt delaktighet vid beslut angående språkrehabilitering.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Personer med afasi efter stroke med debut för minst 6 månader sen inkluderades. Personer som haft talterapi i mer än 6 månader exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Fördjupande semistrukturerade intervjuer. <u>Dataanalys:</u> Transkriberingarna av ljud- och videoinspelningarna från intervjuerna analyserades med hjälp av systematisk textkondensering.	15 (-)	I resultatet utforskades fyra huvudkategorier som var: nöjd med tjänsterna, otydligheter i språkrehabiliteringen, personliga målsättningar, önskad nivå av delaktighet. Under dessa kategorier beskrevs personernas upplevelser och delaktighet i målsättning och i planering av rehabilitering och behandling.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

<p>Blom Johansson, M., Carlsson, M., & Sonnander, K. 2012 Sverige</p>	<p>Communication difficulties and the use of communication strategies from the perspective of individuals with aphasia</p>	<p>Utforska hur personer med afasi upplever konversationer och hur de hanterar konversationsvårigheter, samt hur de upplever sina egna och kommunikationspartners användning av kommunikationsstrategier</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Personer med afasi efter stroke som inträffat minst 12 månader innan intervjun inkluderades, personerna behövde vara över 17 år, bo hemma och tala svenska samt ha en person de kommunicerade med kontinuerligt. Personer exkluderades vid andra språk- eller talsvårigheter eller hörsel- och synsvårigheter, samt personer med kognitiv svikt. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer användes och intervjuerna videoinspelades. <u>Dataanalys:</u> Intervjuerna transkriberades och analyserades efter en kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>11 (-)</p>	<p>Personer hade övervägande mindre konversationer efter sin afasi, men uppskattade konversationer trots svårigheter. Det framkom av den stroke drabbade hur viktigt det var att kommunikationspartnern hade förståelse och kunskap kring afasi och att de använde sig av olika kommunikationsstrategier. Fyra kategorier framkom efter informanternas intervjuer och det var: Förlust och frustration, rädsla och osäkerhet, delat ansvar baserat på kunskap och längtan av livet innan eller gå vidare.</p>	<p>K I</p>
<p>Blonski, D.C., Covert, M., Gauthier, R. Monas, A., Murray, D., O'Brien, K.K, Mendelson, A.D & Huijbregts, M. 2014 Kanada</p>	<p>Barriers to and facilitators of access and participation in community-based exercise programmes from the perspective of adults with post-stroke aphasia.</p>	<p>Utforska kommunikationsrelaterade upplevelse av att delta i samhällsbaserade träningsprogram från perspektivet av vuxna med afasi efter stroke.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ tvärsnittsstudie. <u>Urval:</u> Personer inkluderades om de hade afasi efter en stroke, kunde prata flytande engelska innan sin stroke och kunde ge ett informerat samtycke. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer med en talpedagog. <u>Datanalys:</u> Intervjuerna transkriberades och kodades sedan efter ljudinspelning och analyseras efter en konventionell innehållsanalys.</p>	<p>10 (-)</p>	<p>Personer upplevde rädsla och skam vid start av gruppträning, samt upplevde det positivt när kommunikativ hjälp användes vid träning som kroppsspråk, tålamod och enkla instruktioner. Personerna i studien hade negativa upplevelser vid otålighet och vid för snabbt tal. Miljöfaktorer som påverkade deltagarna positivt var möjligheten att ta med stöd för kommunikationshjälp. Negativa upplevelser var okunnigheten till afasi av andra i omgivningen. Positiva faktorer som påverkade det personliga måendet var motivation, synen på att träning var bra. Hinder för välmående vara frustration och att inte kunna delta i alla moment av träningen på grund av fysiska hinder.</p>	<p>K I</p>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

<p>Bright, F.A.S., McCann, C.M., & Kayes, N.M. 2019 Nya Zeeland</p>	<p>Recalibrating hope: A longitudinal study of the experience of people with aphasia after stroke.</p>	<p>Identifiera hur människor med afasi upplever hopp ett år efter stroke och hur hoppet kan förändras under året.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Personer rekryterades efter deltagande i en tidigare studie. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer med koppling till frågor från intervjuerna i tidigare studie. <u>Dataanalys:</u> De ljudinspelade intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av en konventionell innehållsanalys.</p>	<p>5 (1)</p>	<p>Alla deltagare i studien rapporterade en upplevelse av hopp inför framtiden och uttryckte att det var en process av föränderligt hopp genom att hela tiden kolla tillbaka på sin utveckling och sedan se tillbaka på det nuvarande tillståndet. Deltagarna rapporterade även en upplevelse av hur hopp gav dem en känsla av stabilitet och möjlighet. För de deltagare som hade mindre hopp upplevdes social support, känsla av utveckling och att delta i meningsfulla aktiviteter som avgörande för att bygga upp hopp för framtiden.</p>	<p>K II</p>
<p>Brown, K., Davidson, B., Worrall, L.E., & Howe, T. 2013 Nya Zeeland</p>	<p>“Making a good time”: The role of friendship in living successfully with aphasia</p>	<p>Utforska perspektivet av individer med kronisk afasi och dess vänskaps påverkan huruvida man lever lyckligt med afasi.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Personer inkluderades i studien om de hade afasi efter stroke och det var mer än två år sedan. Personer med kognitiv svikt exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Djupgående semistrukturerade intervjuer genomfördes under två tillfällen med en talpedagog. <u>Dataanalys:</u> Alla intervjuer transkriberades efter ljud- och videoinspelningar och analyserades efter en tematisk analys som innehållande sex steg.</p>	<p>25 (-)</p>	<p>Resultatet visade att vänskap har en stor betydelse i hur livet upplevs efter en stroke och hur vänskap förändras både positivt och negativt efter att en har drabbats av afasi. De flesta deltagarna upplevde förlorade vänskaper efter sin stroke och afasi och många kopplade förlusten av kontakt på grund av okunskapen och oförståelse av afasi som exempelvis att vissa vänner trodde att afasi var ett mentalt problem. Vänskap uppskattades av deltagarna då de hade någon de kunna skratta och ha positiva interaktioner med, samt någon att få emotionellt stöd av.</p>	<p>K II</p>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Grohn, B., Worall, L.E, Simmons-Mackie, N., & Brown, K. 2012 Australien	The first 3-months post-stroke: What facilitates successfully living with aphasia	Beskriva upplevelsen av de tre första månaderna efter sin stroke för att identifiera faktorer som kan hjälpa till att leva lyckligt med afasi.	<u>Design:</u> Kvalitativ prospektiv studie. <u>Urval:</u> Deltagarna skulle vara över 18 år och ha förmågan att delta i en intervju med kommunikationshjälp vid behov. Personer med kognitiv svikt eller annan kognitiv sjukdom exkluderades <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer genomfördes och deltagarna fick själva göra en bedömning på Successfully Living with aphasia rating scale (SLARS). <u>Dataanalys:</u> De ljudinspelade intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av tematisk analys.	15 (-)	Analyserna av intervjuerna gav fem kategorier relaterade till faktorerna som deltagarna upplevde stöttade livet med afasi under de tre första månaderna. Första kategorin var deltagarnas behov av att vara sysselsatt för att bidra till känsla av självständighet och för att engagera sig i sin rehabiliteringsprocess. Andra kategorin var social support och relationer, då de upplevde motivation och uppmuntran av sociala interaktioner. Vissa deltagare uppmärksammade att familjen hade en stor del i att få tillbaka sitt självförtroende och att känna sig kompetent. Tredje kategorin var vikten av rehabilitering och sjukvårdspersonal och att upplevelsen överlag var att de blivit bra omhändertagna samt att de var en ovärderlig källa till information. Fjärde kategorin var adaptation och förändring, något som underlättades av att informationen anpassades och att kommunikationshjälpmedel användes. Femte kategorin var positivitet för nutid och framtid, något som deltagarna ansåg	K/P I
Grohn, B., Worrall, L.E., Simmons-Mackie, N., & Hudson, K. 2014 Australien	Living successfully with aphasia during the first year post-stroke: A longitudinal qualitative study	Beskriva perspektivet från de drabbade av vad som är viktigt för att leva lyckligt med afasi och förändringar som inträffar första året efter en stroke.	<u>Design:</u> Kvalitativ prospektiv longitudinell studie <u>Urval:</u> Krav på afasidiagnos och ålder på minst 18 år. Personer med kognitiv svikt eller sjukdom exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer genomfördes och de fick göra en självskattning av SLARS. <u>Dataanalys:</u> Transkribering gjordes på de ljudinspelade intervjuerna. Analysen genomfördes med tematisk analys.	15 (2)	Det övervägande temat som framkom var att aktivt arbeta framåt. Majoriteten av deltagarna kände en positivitet gentemot livet med afasi men att det funnit flera motgångar under året. Deltagarna upplevde att prata i telefon och läsa hjälpte till med utveckling av kommunikation, samt att en kontinuerlig utveckling av kommunikationen var viktig för att fortsätta leva bra med sin afasi.	K/P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Kjellén, E., Laakso, K., & Henriksson, I. 2017 Sverige	Aphasia and literacy- the insider's perspective	Beskriva hur litteracitet i form av skrivning och läsning upplevs i det dagliga livet med afasi efter stroke	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> För att inkluderas skulle man ha mild eller måttlig afasi och prata svenska. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer gjordes och ljudinspelades. <u>Dataanalys:</u> Intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av en kvalitativ analys.	12 (-)	Ett tydligt tema som framkom efter analys av materialet var att litteracitet är under ständig utveckling. Deltagarna som hade levt längst med afasi upplevde att kontinuerlig utveckling av kommunikationen var möjlig genom att läsa och skriva under samtal. De upplevde även att deras skrivförmåga hade förändrats men också utvecklas ständigt. Frustration och besvikelse upplevdes på grund av deras läs- och skrivsvårigheter, men de hade också en längtan av att utvecklas.	K I
Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L., & Sage, K. 2020 Storbritannien	People with aphasia's perspectives of the therapeutic alliance during speech-language intervention: A Q methodological approach	Identifiera vilka delar av samspelet med terapeuten som är viktigt enligt personer med afasi efter stroke som går på tal- och språkterapi.	<u>Design:</u> Q-metodologi (Kvalitativ-quantitativ metod). <u>Urval:</u> Inklusionskriterier var Afasi efter stroke, erfarenhet av minst 4 sessioner av afasirehabilitering inom de senaste två åren, engelska som huvudspråk innan stroke, en viss nivå av språkförståelse samt ålder över 18 år. Exklusionskriterier var: syn- och hörselnedsättningar samt kognitiv svikt och en förmåga att delta i Q-sorteringen. <u>Datainsamling:</u> Två stegs design där representativdata delades upp i olika kategorier där deltagare sedan fick granska påståenden efter dess betydelse för deltagarna. <u>Dataanalys:</u> PQ-metod som hjälper till att identifiera likheter och skillnader i deltagarnas perspektiv.	23 (-)	Analysen visade fem faktorer som en lösning och som representerade fem viktiga synpunkter av deltagarna. De fem synpunkterna var; bekräfta mig och hjälp mig förstå, respektera mig och lyssna på mig, utmana mig och dirigera mig, förstå mig och skratta med mig, hör mig och uppmuntra mig.	K/P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

<p>Le Dorze, G., Salois-Bellerose, E., Alepins, M., Croteau, C., & Hallé, M.-C. 2014 Kanada</p>	<p>A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia</p>	<p>Utforska faktorer som kan stötta eller begränsa till delaktighet i livet utifrån upplevelser av personer som lever med afasi.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Afasi efter stroke med minst ett år sedan debut, personen skulle inte längre ha stöd av rehabilitation. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer i små grupper på två-tre personer. <u>Dataanalys:</u> Transkribering av de ljudinspelade intervjuerna gjordes och analyserades med hjälp av QDA Miner 3.2 software.</p>	<p>19 (2)</p>	<p>Deltagarna nämnde fler hjälpsamma faktorer än hindrande. Faktorer som deltagarna upplevde hjälpsamma var hjälpsamma familjemedlemmar, afasiorganisationer i samhället, och deras egna positiva personliga karaktärer som bestämdhet. Deltagarna upplevde hinder till delaktighet som dåliga ljudsystem och begränsad strokesservice. Specifika nedsättningar som kommunikationsproblem och fysiska begränsningar, samt ogynnsamma identitetsfaktorer som stolthet och rädsla framkom också som hinder i vardagen.</p>	<p>K I</p>
<p>Lee, H., Lee, Y., Choi, H., & Pyun, S.-B. 2015 Sydkorea</p>	<p>Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke</p>	<p>Undersöka samhällsintegrering och bidragande faktorer hos personer med afasi efter stroke samt andra utreda relationen mellan samhällsintegrering och livskvalitet.</p>	<p><u>Design:</u> Klinisk kontrollerad studie. <u>Urval:</u> Deltagare exkluderades var om de hade kognitiv sjukdom, premorbid psykisk sjukdom, andra grava komplikationer efter stroke som kunde störa studien samt andra fysiska tillstånd som kan medföra hinder i dagliga livet. Deltagarna skulle ha afasi efter en stroke som varat i längre än 6 månader samt bo hemma. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer och funktionell utvärdering samt enkäter utformade efter flera olika bedömningsinstrument som exempelvis CIQ. <u>Dataanalys:</u> Statistisk analys med hjälp av SPSS 12.0 för jämförelse mellan kontrollgrupp och de med afasi.</p>	<p>72 (-)</p>	<p>Siffrorna från bedömningsinstrumenten som användes visade skillnader mellan kontrollgruppen och gruppen med afasi efter stroke. Skillnader som att personer med afasi har en lägre aktivitet i vardagen, samt mindre sociala interaktioner. Tydliga samband sågs mellan depression och livskvalité då det påverkade livskvaliteten negativt. Inga skillnader av hushållssysslor som exempelvis matlagning sågs mellan kontrollgruppen och personerna med afasi.</p>	<p>CCT I</p>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Manning, M., MacFarlane, A., Hickey, A., Galvin, R., & Franklin, S. 2021 Irland	'I hated being ghosted'- The relevance of social participation for living well with post-stroke aphasia: Qualitive interviews with working aged adults	Utforska perspektiven av vuxna i arbetsåldern med afasi efter stroke i relation till socialt deltagande och att leva ett bra liv med afasi.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie <u>Urval:</u> Deltagaren skulle vara 18-65 år med afasi efter stroke, med debut för minst ett års. Personer med stor kognitiv svikt eller hörsvårigheter exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer hölls av en talpedagog, och ljud och videoinspelades. <u>Dataanalys:</u> Intervjuerna transkriberades utförde en tematisk analys. Data kodades och sorterad i olika teman som analyserades.	14 (-)	Den sociala delaktigheten delades upp i fem teman; relationer och roller, socialt stöd, socialt nätverk, medvetenhet kring afasi och anställning och träning. Vissa deltagare upplevde att familj och vänner inte behandlade de annorlunda och var stöttande kommunikationspartners. Andra deltagare upplevde en sämre förståelse. De flesta deltagarna upplevde skillnader i relationer som exempelvis föräldraskap.	K II
Manning, M., MacFarlane, A., Hickey, A., Galvin, R., & Franklin, S. 2022 Irland	Regulating emotional responses to aphasia to re-engage in life: a qualitative interview study	Utforska hur individer upplever och hanterar negativa känslor gentemot afasi som en del i att återgå till livet.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie <u>Urval:</u> Deltagaren skulle vara 18-65 år med afasi efter stroke, med debut för minst ett års. Personer med stor kognitiv svikt eller hörsvårigheter exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer hölls av en talpedagog, och ljud och videoinspelades. <u>Dataanalys:</u> Intervjuerna transkriberades utförde en tematisk analys. Data kodades och sorterad i olika teman som analyserades.	14 (-)	Resultatet visar tre kategorier som fångar emotionella upplevelse och strategier av att leva med afasi. De tre kategorierna är; känslomässig omväxling i de olika stadierna av tillfrisknandet, reglering av den känslomässiga omväxlingen och skillnader på möjligheter till deltagande i livet. Den emotionella regleringen skedde både med och utan hjälp av stödtjänster. Deltagarna upplevde en oro för välbefinnandet av deras barn på grund av svårigheter att kontrollera negativa känslor.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

<p>Manning, M., MacFarlane, A., Hickey, A., Galvin, R., & Franklin, S. 2022 Irland</p>	<p>The relevance of stroke care for living well with post-stroke aphasia: a qualitative interview study with working- aged adults</p>	<p>Utforska perspektiven av personer med afasi efter stroke i arbetsåldern i vad som har och skulle hjälpa till för att leva bra med afasi.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Personer med afasi efter stroke och med debut minst 1 år efter sin stroke inkluderades samt om det var i arbetarålder, 18-65 år. Personer med stor kognitiv svikt eller hörsvårigheter exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer hölls med hjälp av öppna frågor. <u>Dataanalys:</u> Intervjuerna transkriberades och en tematisk analys genomfördes.</p>	<p>14 (-)</p>	<p>Analysen gav fem olika teman; slutenvård, stöd i samhället, språkerapi, mental hälsa, samt utbildning av afasi och träning. Alla delar av strokevården var påverkade och utmanande vid afasi. Personerna med afasi upplevde ett behov av personcentrerad vård och information under hela återhämtningen och att sjukvårdspersonal behövde ha kunskap av afasi för att kunna hjälpa ge den bästa vården. Många deltagare upplevde även att de behövde socialt stöd, och någon som kunde representera deras önskan vid möte med vården på grund av deras svårigheter att framföra dessa själv.</p>	<p>K II</p>
<p>Niemi, T., & Johansson, U. 2013 Finland</p>	<p>The lived experience of engaging in everyday occupations in persons with mild to moderate aphasia</p>	<p>Undersöka hur afasi leder till kommunikationsbarriärer i det dagliga livet och därmed påverka delaktighet i vardagen.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie <u>Urval:</u> Inklusionskriterierna för studien var att deltagarna skulle vara diagnostiserade med mild eller måttlig afasi efter stroke, de ska bo hemma och kunna delta i intervju med öppna frågor. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer genomfördes med en terapeut med erfarenhet av afasi två-tre gånger. <u>Dataanalys:</u> Alla ljudinspelade intervjuerna transkriberades och analyserades i fem steg enligt EPP-metoden.</p>	<p>6 (-)</p>	<p>Tre huvudkategorier hittades efter analysen som påverkade delaktigheten i det dagliga livet, kategorierna var; möta nya upplevelser i vardagliga moment, sträva efter att hantera vardagliga moment, samt gå vidare med livet.</p> <p>Genom att delta i vardagliga moment påverkades deras upplevelse av kompetens och identitet samt upplevelser av att passa in och må bra.</p>	<p>K II</p>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

<p>Northcott, S., Simpson, A., Thomas, S., Barnard, R., Burns, K., Hirani, S.P., & Hilari, K. 2021 Storbritannien</p>	<p>“Now I am myself”: Exploring how people with poststroke aphasia experienced solution-focused brief therapy within the SOFIA trial</p>	<p>Undersöker personer med afasi efter stroke och deras upplevelser av deltagande i en variant av lösningsfokuserad korttidsterapi</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Inklusionskriterier var diagnos av afasi efter stroke för minst sex månader sedan, afasi som är diagnostiserad av talpedagog, ålder över 18 år och kunna ge ett informerat samtycke samt pratat engelska innan sin stroke. Om deltagaren hade någon annan kognitiv diagnos eller grava hörsel- eller synnedsettningar exkluderades personen från studien. Under studien fick inte deltagaren ta emot psykologiska eller psykiatriska interventioner. <u>Datainsamling:</u> Intervjuerna, där två av deltagarna nekade till att bli ljudinspelade <u>Dataanalys:</u> Intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av en framework metod.</p>	<p>32 (2)</p>	<p>Analysen gav fyra kategorier; ”förändrad”- då terapi hade en positiv inverkan på personens liv, ”anknytning”- då terapin var av stor vikt för kamratskapet, ”kompletterande”- då terapin kompletterade personens utvecklingskurva, ”disharmoni”- då terapin var felinriktad med deltagarens preferenser för att förbättra sina kommunikationssvårigheter.</p> <p>Deltagarna beskrev hur de firade sina framgångar och att sessionerna var en chans att dela med sig av sådant som gått bra med utvecklingen efter sin stroke samt med livet. Många deltagare upplevde ett värde av att kunna dela med sig av sina känslor, till viss del på grund av att det fanns svårigheter att prata om sina känslor och upplevelser av sin afasi med andra då de inte kunde sätta sig in situationen.</p>	<p>K I</p>
---	--	--	---	-------------------	---	----------------

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet