

Bacheloroppgave

Anne Høgli

Salutogenese og psykisk helse etter hjerneslag

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Jørn Østvik

Mai 2022

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykologi

Anne Høgli

Salutogenese og psykisk helse etter hjerneslag

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Jørn Østvik

Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG | 2 |
| SUMMARY | 3 |
| 1.0 INNLEDNING | 4 |
| 1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA..... | 4 |
| 1.2 AVGRENSNING | 5 |
| 1.3 HENSIKT..... | 5 |
| 1.4 BEGREPSAVKLARING | 5 |
| 1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON | 5 |
| 2.0 TEORI | 6 |
| 2.1 SALUTOGENESE | 6 |
| 2.2 HJERNESLAG OG PSYKISK HELSE | 7 |
| 3.0 METODE | 9 |
| 3.1 SØKEPROSESS | 9 |
| 3.2 SØKEHISTORIKK | 11 |
| 3.2.1 Tabell over søkehistorikk (tabell 2) | 12 |
| 3.3 ANALYSE AV ARTIKLENE | 13 |
| 3.4 LITTERATURMATRISER..... | 14 |
| 3.5 ANALYSE..... | 20 |
| 3.5.1 Tematabell (tabell 3) | 21 |
| 4.0 RESULTATER | 22 |
| 4.1 EN NY HVERDAG | 22 |
| 4.2 OPPLEVELSE AV SAMMENHENG OG PSYKISK HELSE..... | 23 |
| 4.3 HELSEPERSONELLS ROLLE..... | 23 |
| 4.4 GENERELLE MOTSTANDSRESSURSER..... | 24 |
| 5.0 DISKUSJON | 25 |
| 5.1 UTFORDRINGER ETTER HJERNESLAG | 25 |
| 5.2 SAMMENHENGEN MELLOM SALUTOGENESE OG PSYKISK HELSE..... | 26 |
| 5.3 HELSEFREMMEDE ARBEID | 27 |
| 5.4 SOSIALE RELASJONER OG GENERELLE MOTSTANDSRESSURSER | 28 |
| 6.0 METODISKE OVERVEIELSER | 29 |
| 7.0 KONKLUSJON | 30 |
| 8.0 LITTERATURLISTE | 31 |

SAMMENDRAG

Tittel: Salutogenese og psykisk helse etter hjerneslag

Introduksjon/bakgrunn: Hjerneslag er noe som rammer mange mennesker i samfunnet, og antall tilfeller kommer trolig til å stige i fremtiden på grunn av en økende eldre befolkning. Hjerneslag kan føre til ulike funksjonsnedsettelse og kan få konsekvenser for den psykiske helsa. Fokus på faktorer som er med på å gi god psykisk helse etter hjerneslag kan være viktig for en god livskvalitet.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke sammenhengen mellom salutogenese og psykisk helse, og hvordan en vernepleier kan bruke denne kunnskapen for å legge til rette for en god livskvalitet for personer som har gjennomgått hjerneslag.

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode i denne oppgaven, og ser på resultater fra fem vitenskapelige fagartikler sammenlignet med relevant litteratur.

Resultat: Artikkene kunne vise til funn om sammenhengen mellom salutogenese og psykisk helse og ser på faktorer som har vist seg betydningsfulle i livet etter hjerneslag. Funnene ble grunnlaget for fire tema som ble diskutert; 1. utfordringer etter hjerneslag, 2. sammenhengen mellom salutogenese og psykisk helse, 3. helsefremmende arbeid og 4. sosiale relasjoner og generelle motstandsressurser.

Konklusjon: Sosiale relasjoner, støttegrupper og meningsfulle aktiviteter skilte seg ut som faktorer som hadde stor betydning for livskvaliteten for de som har gjennomgått hjerneslag. En opplevelse av sammenheng (OAS) har sammenheng med god psykisk helse og mindre forekomst av psykiske lidelser. Samtalegrupper eller støttegrupper basert på salutogenese kan ha en positiv innvirkning på den psykiske helsa etter hjerneslag.

Nøkkelord: salutogenese, hjerneslag, opplevelse av sammenheng, psykiske lidelser, helsefremming

Antall ord: 7216 ord

Summary

Title: Salutogenesis and mental health post-stroke

Introduction/background: Stroke is something that affects a lot of people in the society, and the number of cases will probably increase in the future due to an increase of individuals in the elderly population. Stroke may cause different kind of disabilities and have an impact on the mental health. Attention towards factors that may contribute to a good mental health after stroke may be of importance for a good quality of life.

Purpose: The purpose of my research is to investigate the correlation between salutogenesis and mental health, and how a disability nurse can use this knowledge to facilitate a good quality of life for people post-stroke.

Method: Literature studies is used as a method in this research. Results from five research papers will be compared to relevant literature.

Result: Results from the articles show a correlation between salutogenesis and mental health, and furthermore discuss factors that have shown to be of importance in life post-stroke. The results were discussed and divided into four themes; 1. Challenges post-stroke, 2. The correlation between salutogenesis and mental health, 3. Health-promotion and 4. Social relations and general resistance resources.

Conclusion: Social relations, peer-groups and meaningful activities have shown to be factors of importance for the quality of life post-stroke. Sense of coherence (SOC) has a correlation with good mental health and a minor occurrence of mental illness. Talk-therapy groups or peer-groups based on salutogenesis may have a positive impact on the mental health post-stroke.

Keywords: salutogenesis, stroke, sense of coherence, mental health, health-promotion

Number of words: 7216 words

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Hjerneslag er noe som kan ramme mange i samfunnet og kan føre til dårligere psykisk helse med symptomer på blant annet angst, depresjon og uro (Norsk helseinformatikk, 2019). WHO definerer helse som «en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (Helse- og omsorgsdepartementet 2014; Nordlund et al., 2015, s. 20). Dette vil si at god helse ikke kun innebærer fravær av sykdom, noe som tradisjonelt har vært i fokus, men tar også hensyn til det psykiske og sosiale aspektet. Dette er områder hvor vernepleieren kan bidra med sine kompetanseområder, på grunn av sin kompetanse innen helsefag, sosialfag og pedagogikk. Viser til Samspillmeldingen (2012) som skrevet Nordlund et. al. (2015) at "vernepleierens kompetanse i framtidig tjenesteutøvelse blir særlig relevant innen rehabilitering i det kommunale helse- og omsorgsfeltet" (Nordlund et al., 2015, s. 19).

Etter hjerneslag kan det være aktuelt med hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering går ut på å gjenopprette eller øke tidligere funksjoner, og videre støtte opp om tjenestemottakers muligheter til å oppnå mestring i hverdagen og i eget liv. Egenmestring, aktivitet og vedlikehold av funksjoner er sentrale fokusområder innenfor hverdagsrehabilitering, noe som har flere fellestrekk med miljøarbeid innenfor vernepleie (Nordlund et al., 2015, s. 29).

Temaet for denne oppgaven er salutogenese, psykisk helse og hjerneslag. Jeg ønsket å utforske mer hvordan en vernepleier kan jobbe for å fremme god helse, og rettet dette spesielt mot personer som har gjennomgått hjerneslag. Denne brukergruppen kan vernepleiere møte på i både spesialisthelsetjenesten og i kommunale helsetjenester. Salutogenese er en teori som søker å finne svar på hvilke faktorer og ressurser som gir oss god helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18), noe som kan være relevant når det gjelder å legge til rette for god psykisk helse etter hjerneslag. Temaet oppleves som spennende, fordi det er blitt rettet økt oppmerksomhet rundt tverrfaglig samarbeid og et større fokus på helsefremmende arbeid fremfor fokus på sykdom og behandling.

Med utgangspunkt i dette ønsker denne oppgaven å besvare problemstillingen: *"Hvordan kan salutogenese være med på å styrke den psykiske helsa etter gjennomgått hjerneslag?"*.

1.2 Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang vil en beskrivelse av hjerneslag og konsekvenser for psykisk helse bli beskrevet, uten at det vil bli gått noe dypere inn på medisinske årsaker og behandling. Avgrensning i forhold til brukergruppe er alle personer som har gjennomgått hjerneslag som er over 18 år uten kjente psykiske lidelser før hjerneslag. Det er videre ikke et fokus om disse personene skal befinne seg i spesialisthelsetjenesten, i kommunale helsetjenester eller i eget hjem. Det skal ikke fremmes forslag til spesifikke intervensjoner, men heller se på tiltak og faktorer som kan fremme god psykisk helse.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan vernepleiere kan være med på å tilrettelegge for en god psykisk helse og bedre livskvalitet etter gjennomgått hjerneslag. Målet er å få økt kunnskap om ulike faktorer, ressurser og tiltak som er med på å fremme god psykisk helse.

1.4 Begrepsavklaring

Primært blir «personer som har gjennomgått hjerneslag» benyttet i oppgaven, men «pasient», «tjenestemottaker» og «deltaker» blir også brukt, da disse begrepene passer til ulike kontekster; men reflekterer det samme.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er inndelt i åtte hovedkapitler; innledning, teori, metode, resultater, diskusjon, konklusjon, metodiske overveielser og litteraturliste. I teori-kapitlet presenteres relevant faglitteratur. I metode forklares fremgangsmåten ved litteraturstudien, innhenting av vitenskapelige fagartikler og analyse av artiklene. Resultatkapitlet presenterer funn fra de valgte vitenskapelige artiklene. I diskusjonskapitlet vil teori og resultater drøftes opp mot problemstilling. Metodiske overveielser diskuterer styrker og svakheter ved litteraturstudien. Konklusjon vil oppsummere hovedpoeng fra diskusjonskapitlet og svare på problemstillinga. Litteraturlista viser til slutt en systematisk oversikt over anvendt litteratur.

2.0 Teori

2.1 Salutogenese

"Vi må se på hva det er som skaper helse, og ikke bare hva som er sykdommens begrensninger og årsaker" (Lindström & Eriksson, 2015, s. 17)

Aaron Antonovsky var en medisinsk sosiolog som på 1970-tallet begynte å undersøke: "hva er det som gir god helse?" (Lindström & Eriksson, 2015, s. 14). Dette la grunnlaget for teorien om salutogenese. Salutogenese er en teori som søker å finne svar på hvilke faktorer og ressurser som gir oss god helse. Dette i motsetning til å finne svar på hvorfor vi blir syke og hvilke faktorer som spiller inn i dette, en såkalt patogen retning.

Antonovsky mente at livet er noe vi ikke kan kontrollere, men at vi stadig kommer til å møte på ulike utfordringer som kan skape spenning og stress. Slike faktorer kalte han stressorer og mente at de var en uunngåelig og naturlig del av livet. Det var måten vi imøtekom disse stressorene Antonovsky var opptatt av, og hvilke ressurser vi brukte for å bevege oss i en salutogen retning fremfor en patogen retning (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18-19).

Ifølge Nordlund et al. (2015) er mye av vernepleierens sosialfaglige tilnærming basert på Antonovsky og hans teori om salutogenese. En vernepleier jobber som regel med personer i et livsløpsperspektiv grunnet varige funksjonsnedsettelse (Nordlund et al., 2015, s. 24). Fokus på god sosial helse er derfor viktig for å legge til rette for en god livskvalitet for personer med varige funksjonsnedsettelse (Nordlund et al., 2015, s. 24). Helsefremmende arbeid retter fokuset i større grad mot ressurser som skaper god helse, i stedet for å ha et hovedfokus på sykdom og behandling. Det overordnede målet med helsefremming er å legge til rette for en god livskvalitet og velvære (Lindström & Eriksson, 2015, s. 23).

Kunnskap om helsefremmende arbeid står sentralt for vernepleiere. Ifølge forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, står det at "Kandidaten skal ha særlig kompetanse innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, helsefremming og helsehjelp" (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, §2, ande ledd). Etter hjerneslag kan det være aktuelt med hverdagsrehabilitering. Tverrfaglighet er sentralt i hverdagsrehabilitering, slik at både sosiale, medisinske og relasjonelle perspektiver ses i sammenheng i samhandling med pasient (Nordlund et al., 2015, s. 19). For å kunne gi befolkningen tjenester innen habilitering og rehabilitering av god kvalitet er det nødvendig med en grunnleggende basiskompetanse i en kommune (Helsedirektoratet, 2018). Sentrale profesjoner innenfor habilitering og rehabilitering er:

leger, ergoterapeuter, sykepleiere, vernepleiere, psykologer, sosionomer og fysioterapeuter (Helsedirektoratet, 2018).

Opplevelse av sammenheng (engelsk: "sense of coherence, SOC") er et nøkkelbegrep i teorien om salutogenese. Opplevelse av sammenheng er en livsinnstilling, der livet oppleves som håndterbart, begripelig og meningsfullt, samt at det bærer preg av sammenheng. I tillegg har en person med en større grad av opplevelse av sammenheng tilgang på ressurser som brukes for å håndtere utfordringer i livet. Videre vil vedkommende oppleve at det er verdt å engasjere seg i de utfordringene han eller hun møter på (Antonovsky, 1987; Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). På engelsk forkortes opplevelse av sammenheng som "SOC" men videre i oppgaven vil forkortelsen "OAS" bli brukt, som står for opplevelse av sammenheng. Denne forkortelsen blir også brukt av Lindström og Eriksson (2015).

Et annet sentralt begrep innen teorien om salutogenese er generelle motstandsressurser. En generell motstandsressurs er en indre eller ytre ressurs ved et individ, gruppe eller samfunn som kan brukes for å forebygge at spenningen fra ulike stressorer omdannes til stress (Antonovsky, 1979; Lindström & Eriksson, 2015, s. 29). For å utvikle OAS er generelle motstandsressurser en forutsetning. Eksempler på generelle motstandsressurser kan være både ikke-materielle og materielle kvaliteter, slik som sosiale relasjoner, penger, religion, husvære m.m. Det er fire generelle motstandsressurser som har stor betydning for å utvikle en sterk OAS: kontakt med indre følelser, eksistensielle tanker, sosiale relasjoner og meningsfylte aktiviteter. Poenget med de generelle motstandsressursene er ikke bare å ha tilgang på dem, men også å vite hvordan de skal brukes på en hensiktsmessig måte som kan skape god helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 30). Mestringsressurser er av betydning for å mestre utfordrende livspåkjenninger, og er en beskyttelsesfaktor mot psykiske lidelser (Major, 2011, s. 23).

2.2 Hjerneslag og psykisk helse

Hjerneslag er en fellesbetegnelse på flere tilstander hvor sirkulasjonsforstyrrelser kan føre til varig skade på hjernen. Dette skyldes som regel hjerneinfarkt eller hjerneblødning (Ørn et al., 2011, s. 317-318). Hjerneslag rammer omtrent 15 000 mennesker i Norge hvert år og dette antallet kommer sannsynligvis til å øke i fremtiden på grunn av en økende eldre befolkning (Frich & Russell, 2008, s. 6). Det er mulig å oppleve tilbakevendende hjerneslag, også kalt residivslag (Russel et al., 2008, s. 36). Hjerneslag opptrer akutt, og ved mistanke om hjerneslag skal pasienten på sykehus så fort som

mulig. Dette er fordi hjerneceller begynner å dø og fører til ødeleggelse av hjernevev. En slik skade på hjernen er irreversibel og kan påvirke funksjoner tilknyttet det aktuelle området som blir rammet (Ørn et al., 2011, s. 318-319).

Hjerneslag er en av de vanligste årsakene til alvorlig funksjonsnedsettelse og dødsfall i Norge (Frich & Russell, 2008, s. 6). Kjente risikofaktorer for hjerneslag er høyt blodtrykk, røyking, diabetes, høyt kolesterol, stort alkoholinntak, atrieflimmer og overvekt (Mathiesen et al., 2008, s. 22-23). Nedsatt funksjonsevne som tilskrives hjerneslag, inkludert afasi, påvirker omtrent en tredel av personer som overlever hjerneslag (Shiggins et al., 2018, s. 71). Afasi betyr språkforstyrrelser (Thomassen, 2021).

Psykiske symptomer og emosjonelle forandringer er noe som tradisjonelt har blitt oversett blant symptomene som oppstår etter hjerneslag (Fure, 2008, s. 121). Omtrent 20-40% av de som gjennomgår hjerneslag opplever depresjon, med symptomer på tap av livsglede, redusert stemningsleie og økt tretthet. Angst er i tillegg vanlig, hvor 20-30% av de som gjennomgår hjerneslag kan oppleve dette, ofte sammen med depresjon. Emosjonell labilitet kjennetegnes ved latter eller gråt som oppstår umotivert, og kan forekomme hos omtrent 10-25% etter hjerneslag (Fure, 2008, s. 121). Psykososiale problemer kan påvirke livskvaliteten, langtidsfungering, redusere effekten av rehabilitering og kan føre til større risiko for dødsfall (Bragstad et al., 2020, s. 1057).

Sosial situasjon har betydning for utvikling av psykiske lidelser etter hjerneslag. Depresjon kan ha sammenheng med grad av funksjonsnedsettelse, og i hvilken grad vedkommende blir avhengige av andre (Fure, 2008, s. 122). Generelt er trusler mot kroppslig helse og negative endringer i sosialt nettverk risikofaktorer for psykiske lidelser (Major, 2011, s. 20). Alvorlig sykdom, som blant annet hjerneslag, kan føre til en endring i fysisk funksjonsevne og sosialt nettverk. For hjemmeboende eldre er svikt i fysisk funksjonsevne, og å gå fra å være selvstendig til å være hjelpetruende i hverdagen, sterke risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser, spesielt angst og depresjon. Et dårlig sosialt nettverk kan være en risikofaktor for psykisk lidelse, og det finnes en tydelig sammenheng mellom kvalitet på det sosiale nettverket og depresjon (Snoek & Engedal, 2019, s. 223).

I følge Antonovsky er kvaliteten på de sosiale relasjonene en viktig motstandsressurs. Personer som har gode sosiale relasjoner til andre har en større sjanse for å håndtere stressorer enn de som ikke har sosiale relasjoner av samme kvalitet (Langeland, 2014, s. 13). Støtte fra nære familiemedlemmer og venner kan ha en forebyggende effekt på depresjon (Major, 2011, s. 22). I samtalegrupper basert på salutogenese får deltakere

mulighet til å gi og motta sosial støtte, og spesielt det å gi sosial støtte kan være helsefremmende. Positive tilbakemeldinger kan være med på å styrke selvtilliten (Langeland, 2014, s. 20).

En sterk OAS har en sammenheng med god helse. Dette vil også gjelde for psykisk helse, og et evidensgrunnlag fra flere deler av verden viser at en sterk OAS kan være med på å beskytte mot psykiske plager og lidelser, som eksempelvis angst, depresjon, håpløshet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 46). Det kan sies at OAS er forbundet med en god livskvalitet, som er et begrep som kan overlappe med psykisk helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 47). I forhold til salutogenese og fysisk helse er det en svakere sammenheng, kontra psykisk helse og salutogenese. Dette kan skyldes at OAS handler mer om en psykisk innstilling til livet og hvordan ulike utfordringer håndteres (Lindström & Eriksson, 2015, s. 66). Derimot er det en tendens til at personer med en sterk OAS har en livsstil som støtter sunne levevaner, blant annet mer fysisk aktivitet, mindre inntak av alkohol og tobakk, takler stress bedre og de klarer seg bedre hvis de blir rammet av en kronisk og alvorlig sykdom (Lindström & Eriksson, 2015, s. 52). En livsstil med et godt søvnmønster, fysisk aktivitet og et sunt kosthold kan virke beskyttende mot psykiske lidelser (Major, 2011, s. 23).

3.0 Metode

3.1 Søkeprosess

Før jeg begynte med det systematiske litteratursøket, benyttet jeg meg av rammeverket PICO (tabell 1). PICO er et hjelpemiddel som kan gjøre formålet med litteratursøket mer synlig, identifisere mulige søkeord og det kan være et hjelpemiddel for å gjøre problemstillingen mer presis (Thidemann, 2019, s. 82). «Comparison» i PICO betyr sammenligning, men siden det ikke skal sammenlignes to forskjellige tiltak vil det ikke bli fylt inn noe under dette.

PICO-skjema (tabell 1)

| Population/patient/ problem | Intervention | Comparison | Outcomes |
|---|--|------------|---|
| Personer som har gjennomgått hjerneslag | Psykososiale tiltak etter gjennomgått hjerneslag basert på teorien om salutogenese | | Bedre livskvalitet og psykisk helse for personer som har gjennomgått hjerneslag |

Deretter ble det bestemt inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for litteratursøket. Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle være vitenskapelige artikler fra fagfelleurderte tidsskrift. Videre kunne artiklene representere både kvalitative og kvantitative studier. Jeg ønsket å inkludere begge typer studier, da jeg ønsker de målbare dataene fra kvantitative studier og menneskelige erfaringer fra kvalitative studier. Dette kan være med på å gi mer variert data (Thidemann, 2019, s. 75-77). Inklusjonskriteriene inkluderte engelske og norske tekster. Eksklusjonskriterier var at artiklene ikke skulle være over 10 år gamle. På noen søk anså jeg det ikke som like relevant å snevre inn søket ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriteriene på grunn av få treff, men heller ta en vurdering på de artiklene som lå ute.

For å finne relevante databaser som ville passe til valgt tema gikk jeg inn på ORIA for å søke der. Jeg valgte databaser ut ifra kategori, hvor jeg først valgte "Medisin og helse", videre valgte jeg databaser under kategorien "Vernepleie". Ut ifra dette valgte jeg å benytte meg av Idunn, PubMed, Google Scholar og WebofScience. Jeg valgte disse databasene, fordi de er anerkjente og pålitelige databaser med relevant innhold. Google Scholar brukte jeg som et innledende litteratursøk for å få oversikt over relevante skoleoppgaver og artikler, som skulle være til hjelp for å bestemme videre søkeord (Thidemann, 2019, s. 81).

Søkeord ble endret og tilpasset underveis i søkeprosessen ut ifra treff og relevans. Jeg prøvde først med søkeordene "hjerneslag" og "salutogenese" på norsk, men bestemte meg for å ha søkeord på engelsk etter hvert, da det gir flere treff og de fleste forskningsartiklene er skrevet på engelsk. Søkeordene "salutogenesis" og "stroke" ble deretter benyttet. I noen søk benyttet jeg meg av trunkering, som eksempelvis "salutogen*" for å få flere treff. Trunkering vil si å søke på "stammen" av et bestemt ord, for å få med flere varianter av ordet (Thidemann, 2019, s.87). Jeg begynte søkeprosessen i databasene Idunn, PubMed og WebofScience. Jeg benyttet meg også av Cochraine Library, men ikke i like stor grad da jeg fikk færre relevante treff.

Etter noen søk inkluderte jeg i tillegg "sense of coherence", da jeg så at det var et sentralt nøkkelord i flere artikler som hadde salutogenese som tema. Jeg inkluderte søkeordet "mental health", på grunn av at jeg har psykisk helse som tema. "Disability nurse" og "vernepleie" ble også benyttet, men dette ga ingen resultater. De artiklene som jeg anså som relevante underveis i søkeprosessen, var ikke tilknyttet en spesiell profesjon, derfor fokuserte jeg ikke på å finne søkeord knyttet til profesjon. Et annet søkeord jeg brukte var "rehabilitation", men dette resulterte i artikler som jeg ikke anså som relevante for min problemstilling.

3.2 Søkehistorikk

For å dokumentere søkeprosessen satte jeg opp søkehistorikken i en tabell (tabell 2). Dette er avgjørende for at litteraturstudiet skal være etterprøvbart og at leseren skal kunne vurdere kvaliteten på søket. En søkehistorikk kan settes opp i en tabell, med en tydelig oversikt over antall søk, dato for søket, kombinasjoner av søkeord, hvilke databaser som er brukt og antall treff (Thidemann, 2019, s.89).

3.2.1 Tabell over søkehistorikk (tabell 2)

| Søkedato | Søk nr. | Søkeord og ordkombinasjoner | Databaser og avgrensninger | Antall treff | Leste artikler | Leste abstract | Artikler inkludert |
|----------|---------|--|---|--------------|----------------|----------------|---|
| 29.03.22 | 1 | "hjerneslag" "salutogenese" "vernepleie" | Idunn.no | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29.03.22 | 2 | "hjerneslag" "salutogenese" | Idunn.no | 2 | 1 | 2 | 1 <i>"Frisk, men likevel ikke som før..."</i> |
| 30.03.22 | 3 | "salutogenesis" "stroke" | Pubmed • Årstall: fra 2012 og nyere | 23 | 2 | 5 | 1 <i>"The effects of a dialogue-based intervention to promote psychosocial well-being after stroke: a randomized controlled trial"</i> |
| 30.03.22 | 4 | "salutogen*" "rehabilitation" | Webofscience.com • Kun "articles" • Årstall: fra 2012 og nyere | 66 | 0 | 4 | 0 |
| 30.03.22 | 5 | "stroke" "disability nurse" "salutogen*" | Webofscience.com | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31.03.22 | 6 | "stroke" "salutogen*" | Webofscience.com • Kun "articles" | 8 | 1 | 1 | 1 <i>"Towards an asset-based approach to promoting and sustaining well-being for people with aphasia and their families: an international exploratory study"</i> |
| 31.03.22 | 7 | "stroke" "sense of coherence" | Pubmed • Årstall: fra 2012 og nyere | 23 | 1 | 3 | 1 <i>"Perceived stress and depression amongst older stroke patients: Sense of coherence as a mediator?"</i> |

| | | | | | | | |
|----------|----|--|--|----|---|---|---|
| 07.04.22 | 8 | "stroke" "sense of coherence" | Webofscience.com <ul style="list-style-type: none"> • Kun "articles" • Årstall: fra 2012 og nyere | 43 | 0 | 4 | 0 |
| 07.04.22 | 9 | "stroke" "sense of coherence" "mental health" | Webofscience.com | 10 | 0 | 3 | 0 |
| 08.04.22 | 10 | "salutogen*" "stroke" | Cochranelibrary.com | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 08.04.22 | 11 | "mental health" "salutogenesis" | Cochranelibrary.com | 8 | 1 | 3 | 1 <i>"The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial"</i> |

3.3 Analyse av artiklene

Underveis i søkeprosessen ble lesestrategiene "skumlesing" og "skanning" brukt for å søke etter spesifikk informasjon og få en oversikt over innholdet i de ulike artiklene. Vitenskapelige artikler er som regel strukturert etter IMRaD-strukturen og dette er en anerkjent disposisjon av de ulike elementene i teksten. IMRaD-strukturen består av: hensikten med studien (I), hvilke metoder som er benyttet (M), resultatene av studiet (R) og til slutt en diskusjon av resultatene (D) (Thidemann, 2019, s. 29-30).

Artikler som ble ansett som relevante for min problemstilling ble vurdert ut ifra ulike punkter. Ved å lese over IMRaD-strukturen ble det først tatt en vurdering på om innholdet var relevant. Dersom det skulle være relevant, ble det vurdert hvilket tidsskrift artikkelen ble publisert i. For å sjekke om tidsskriftet er fagfelleverdert, søkte jeg opp tidsskriftet i "register over vitenskapelige publiseringskanaler"

(<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>) for å se hvilket vitenskapelig nivå tidsskriftene lå på. Publiseringsdato ble undersøkt på grunn av at kunnskap og forskning stadig blir oppdatert. Jeg ønsket å inkludere den nyeste forskningen innen det aktuelle feltet. Det ble videre sjekket om forfatterne av artiklene var anerkjente forskere eller fagfolk.

Etter disse vurderingspunktene leste jeg grundig gjennom artiklene. Jeg benyttet meg av lesestrategiene reflekterende og kritisk lesing. Dette er lesestrategier som benyttes for å få oversikt og en forståelse for detaljene, samt å kunne være kritisk til innholdet (Thidemann, 2019, s. 32-33). For å kunne analysere og være kritisk til innholdet, krever det en kunnskap om de ulike forskningsmetodene som blir benyttet (Thidemann, 2019, s. 91). Jeg fant artikler som både benytter kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. For å kritisk vurdere hvordan disse metodene er blitt benyttet brukte jeg sjekklister til helsebiblioteket.no. Jeg brukte sjekklister for «Randomisert kontrollert studie», «Kvalitativ studie» og «Prevalensstudie» (Helsebiblioteket, 2016).

3.4 Litteraturmatriser

Litteraturmatrise ble brukt som et hjelpemiddel for å sammenstille artiklene og fremstille de viktigste elementene fra hver artikkel. Dette er nyttig for å få en god oversikt over alle artiklene (Thidemann, 2019, s. 95).

Artikkel nr. 1

| | |
|-----------------------|--|
| Full referanse | Pettersen, S., Bøe, M.G. & Haraldstad, K. (2017). Frisk, men likevel ikke som før. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 2, 90-103. https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-02-02 |
| Type studie | Kvalitativ studie |
| Hensikten med studiet | Få mer kunnskap om erfaringene til pasienter som har gjennomgått hjerneslag og trombolytisk behandling, hvordan dette har påvirket livskvaliteten deres og om pasientene har endret livsstilen sin for å forebygge nye hjerneslag |
| Metode | Semistrukturert intervju med en hermeneutisk tilnærming. |

| | |
|--|--|
| Utvalg/ populasjon | <p>9 pasienter som har gjennomgått hjerneslag i alder 48-77 år, hvorav 7 menn og 2 kvinner deltok i intervjuene. Pasientene ble rekruttert fra en slagenhet i Helse Sør-Øst. Alle var hjemmeboende.</p> <p>Inklusjonskriterier: opplevd hjerneinfarkt og trombolytisk behandling, en mRS-score < 3 (funksjonsskala med verdier fra 0 (ingen symptomer) - 6 (død)). Eksklusjonskriterier: afasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Land: Norge |
| Hovedfunn/ Resultater | <ul style="list-style-type: none"> Mange av deltakerne opplevde psykiske, fysiske og sosiale endringer i livet etter hjerneslag. Psykiske symptomer som hukommelsesproblemer, irritasjon, emosjonell labilitet og konsentrasjonsvansker var utbredt. Flere av deltakerne opplevde angst for et eventuelt nytt hjerneslag og en frykt for å ikke få hjelp i tide, som igjen påvirket livskvaliteten Hjerneslaget har ført til en økt bevissthet rundt livsstil De fleste deltakerne ga uttrykk for at de savnet mer informasjon om hjerneslag og forebygging |
| Kvalitets- vurdering | <p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervjuene ble gjort i henhold til Kvale og Brinkmanns (2009) syv stadier for intervjuundersøkelse Ordrett transkribering av intervjuene <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antall deltakere kan være en begrensning, med tanke på størrelse, kjønnsfordeling og alderssammensetning Sted for intervju varierte: deltakernes eget hjem, café, arbeidsplass og sykehus ble benyttet som intervjusted. Kan ha betydning for tryggheten til deltakerne. Derimot ble dette valgt ut ifra deltakernes egne ønsker Personer med afasi og mer alvorlig grad av hjerneslag ble ikke inkludert |
| Redegjort for etiske overveielser | <p>Forskningen ble utført etter gjeldende forskningsetiske retningslinjer og prinsipper.</p> <p>Det ble innhentet et informert samtykke fra deltakerne.</p> <p>Etisk komite ved helseforetakets forskningsenhet og ved utdanningsinstitusjonen godkjente studiet.</p> |

Artikkel nr. 2

| | |
|-----------------------|--|
| Full referanse | <p>Bragstad, L.K., Hjelle, E. G., Zucknick, M., Sveen, U., Thommessen, B., Bronken, B. A., Martinsen, R., Kitzmüller, G., Mangset, M., Kvigne, K. J., Hilari, K., Lightbody, C. E., & Kirkevold, M. (2020). The effects of a dialogue-based intervention to promote psychosocial well-being after stroke: a randomized controlled trial. <i>Clinical Rehabilitation</i>, 34(8), 1056–1071. https://doi.org/10.1177/0269215520929737</p> |
| Type studie | Randomisert kontrollert studie |
| Hensikten med studiet | Evaluere effekten av en dialogbasert intervensjon rettet mot psykososialt velvære 12 måneder etter hjerneslag |

| | |
|--|---|
| Metode | Intervensjon for to parallellgrupper. Data ble samlet inn via strukturerte intervjuer. Kartleggingsverktøy som ble benyttet: GHQ-28, SAQOL-39g, SOC-13, Yale, FQ-2, UAS, NIHSS og MMSE. |
| Utvalg/ populasjon | 322 mennesker > 18 år som har gjennomgått hjerneslag innen de siste fire ukene. De ble tilfeldig plassert i grupper, med 166 mennesker i intervensjonsgruppa og 156 personer i kontrollgruppa. Deltakerne befant seg hjemme i sin egen kommune, og mottok dialogbasert intervensjon/vanlig behandling i egne hjem <ul style="list-style-type: none"> Land: Norge |
| Hovedfunn/ resultater | <ul style="list-style-type: none"> Det ble ikke påvist mindre stress og angst, eller en høyere helserelatert livskvalitet i intervensjonsgruppa (dialogbasert intervensjon) enn i kontrollgruppa (standard behandling) 12 måneder etter hjerneslag. Nivået av psykososialt velvære var høyere 6 og 12 måneder etter hjerneslag sammenlignet med basislinjen hos begge gruppene En høyere score av OAS ble sett i sammenheng med lavere GHQ-28 score (spørreskjema som måler emosjonelt ubehag), som indikerer at et høyere nivå av OAS hadde sammenheng med høyere nivå av psykososialt velvære De fleste deltakerne opplevde intervensjonen som nyttig |
| Kvalitets- vurdering | <p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deltakerne i forskningen representerte den største gruppen av pasienter med hjerneslag som blir innlagt på norske sykehus. Systematisk og grundig testing av intervensjonen før det ble brukt i praksis. Forsøket ble utført etter strenge retningslinjer og prosedyrer. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bred variasjon i deltakere, kan ha gjort det vanskelig å identifisere en spesifikk pasientgruppe som kunne ha hatt et godt utbytte av en slik intervensjon Det ble brukt et måleverktøy som målte tilstedeværelsen av stress og depressive symptomer. Ved å benytte et måleverktøy som rettet seg mer direkte mot det positive konseptet med velvære, kunne det vært med på å styrke forskningen. Kartlegging av deltakelse i meningsfulle aktiviteter var noe som ikke ble tatt med i denne forskningen, men som kunne vært med på å gi viktig data. Utfordringer med å få med pasienter med mer alvorlig grad av hjerneslag og afasi, som kunne være mer utsatt for psykososiale problemer, grunnet innhenting av samtykke ble en for tidskrevende prosess. |
| Redegjort for etiske overveielser | Det ble innhentet skriftlig samtykke fra alle deltakerne i forskningen. Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst Norge godkjente denne forskningen. |

Artikkel nr. 3

| | |
|-----------------------|---|
| Full referanse | Shiggins, C., Soskolne, V., Olenik, D., Pearl, G., Haaland-Johansen, L., Isaksen, J., Jagoe, C., McMenemy, R., & Horton, S. (2020). Towards an asset-based approach to promoting and sustaining well-being for people with aphasia and their families: an international exploratory study. <i>Aphasiology</i> , 34(1), 70–101. https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1548690 |
| Type studie | Utforskende forskning |
| Hensikten med studiet | Utforske relevansen og potensialet av en ressurs-basert tilnærming for å fremme og opprettholde velvære for personer med afasi og deres familiemedlemmer, på tvers av kulturer og kontekster. |
| Metode | Kvalitative metoder inkludert: intervju, gruppediskusjoner og deltakende aksjonsforskning |
| Utvalg/ populasjon | 95 pasienter som har gjennomgått hjerneslag med varierende alder, alvorlighetsgrad av afasi og tid siden begynnende afasi. Det ble noen variasjoner i inklusjonskriterier innad i landene, men alle som deltok i forskningen var > 30 år, og < 90 år. Det ble i tillegg inkludert 25 familiemedlemmer av pasientene. <ul style="list-style-type: none">• Land: Storbritannia, Norge, Israel, Irland og Danmark |
| Hovedfunn/ Resultater | <ul style="list-style-type: none">• Resultatene ble delt inn i følgende tema; personlig reise, kontakt med deg selv, kontakt med andre, hjelpe andre, rekreasjon og personlige attributter• Informasjon og forståelse av hjerneslag gjorde det enklere å gjøre tilpasninger og å leve med sykdommen• Å finne tilbake til sin identitet før hjerneslag var en faktor for å oppleve velvære• Sosiale relasjoner var viktig for å opprettholde velvære• Støttegrupper var nyttig for flere, hvor de fikk dele erfaringer, være til hjelp for andre og danne relasjoner til andre i samme situasjon• Helsetjenesten har hjulpet med å lære nye ferdigheter, samt selvtillit til å få kontakt med andre• Meningsfulle aktiviteter var viktig for flere av deltakerne og for deres livskvalitet.• Personlige egenskaper, eksempelvis optimisme og positiv holdning, opplevdes som viktige for å bearbeide sykdommen og livet med afasi |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: <ul style="list-style-type: none">• Et internasjonalt forskningssamarbeid sikrer bred variasjon, på tvers av kulturer og landegrenser• Fleksibel tilnærming til deltakerne, hvor det ble benyttet ulike hjelpemiddel som skulle være med på å tilrettelegge samtaler og diskusjoner• Mer fokus på at deltakerne skulle få dele egne erfaringer, i stedet for å ha fokus på ett bestemt tema Svakheter: <ul style="list-style-type: none">• Kan være utfordrende å flytte fokus fra "det syke" til "det friske"• Relasjon mellom pasienten og helsepersonell kan påvirke resultatene i forskningen |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Forskningen fokuserte mer på pasienter som har kronisk afasi > 6 måneder etter hjerneslag • Vil ikke representere de pasientene som ikke ønsker kontakt med helsetjenesten eller ikke ønsker å delta, og som lever mer isolert i samfunnet |
| Redegjort for etiske overveielser | Samtykke ble innhentet av alle deltakerne Etiske overveielser og tillatelser ble søkt om via de etiske komiteene til de relevante universitetene. |

Artikkel nr. 4

| | |
|-----------------------|--|
| Full referanse | Guo, L.N., Liu, Y.J., McCallum, J., Söderhamn, U., Ding, X.-F., Yv, S.-Y., Zhu, Y.-R., & Guo, Y.-R. (2018). Perceived stress and depression amongst older stroke patients: Sense of coherence as a mediator? <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> , 79, 164–170. https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.08.010 |
| Type studie | Tverrsnittstudie |
| Hensikten med studiet | Utforske sammenhengen mellom opplevd stress, opplevelse av sammenheng og depresjon blant eldre pasienter som har gjennomgått hjerneslag |
| Metode | Kvantitative metoder. En demografisk spørreundersøkelse, opplevd-stress-skalaen (PSS), opplevelse av sammenheng-skala (SOC) og depresjonsskala (CES-D) ble delt ut til deltakerne som skulle svare på undersøkelsen. Spørreundersøkelsen inkluderte ulike demografiske variabler. |
| Utvalg/ populasjon | 2907 pasienter > 60 år, som hadde hjerneslag som primærdiagnose bekreftet av CT og MR innen de siste 7-30 dagene etter hjerneslaget. Eksklusjonskriterier: alvorlig grad av afasi og dysfunksjon i oppmerksomhet, betydelig nedsatte kognitive evner, alvorlig sykdom eller en diagnostisert mental lidelse. <ul style="list-style-type: none"> • Land: Kina |
| Hovedfunn/ Resultater | <ul style="list-style-type: none"> • Resultatene viste at det var en negativ korrelasjon mellom total OAS-score og total opplevd stress-score, som vil si at tilstedeværelse av en høy score av OAS innebærer en lavere score i opplevd stress • Det var en negativ korrelasjon mellom total OAS-score og en total depresjon-score, som vil si at tilstedeværelse av en høy score av OAS innebærer en lavere total score i depresjon • Det var en positiv korrelasjon mellom opplevd stress-score og depresjon-score, som vil si at en økning i opplevd stress-score vil føre til en økning i depresjon-score • OAS har en indirekte effekt i forholdet mellom opplevd stress og depresjon, hvor OAS kan redusere den effekten de to variablene har på hverandre. Dette vil si at OAS er den medierende variabelen mellom opplevd stress og depresjon. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: <ul style="list-style-type: none"> • God representasjon i antall deltakere |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Spørreundersøkelsen tok flere demografiske hensyn. Dette kan være med på å generalisere funnene. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Forskningen ble kun representert av deltakere fra Henan-provinsen i Kina. Selv om det er en god representasjon i antall deltakere, vil forskningen likevel ikke representere andre regioner og land. Videre studier kan fokusere på en større representasjon på tvers av land og kulturer. Fokuserte mer på teorien om den medierende effekten av OAS, men kom ikke med mer spesifikke forslag til intervensjoner som kan benyttes Forskningen kan ikke utelukke at det også kan være andre faktorer som kan ha en medierende effekt mellom depresjon og stress |
| Redegjort for etiske overveielser | Det ble innhentet skriftlig og informert samtykke fra alle deltakerne. Forskningen ble godkjent av "Ethical review board of the first affiliated Hospital of Zhengzhou University". |

Artikkel nr. 5

| | |
|-----------------------|--|
| Full referanse | Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. <i>Patient Education and Counseling</i> , 62(2), 212–219. https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.004 |
| Type studie | Randomisert kontrollert studie |
| Hensikten med studiet | Undersøke effekten av gruppeterapi basert på salutogene behandlingsprinsipper for å mestre psykiske lidelser |
| Metode | Gruppeintervensjon for eksperimentgruppa. Standard behandling for kontrollgruppa. Data ble samlet inn via spørreundersøkelse basert på OAS. Denne undersøkelsen målte mestring ved basislinjen og 19 uker etter, på slutten av intervensjonen og 6 måneder etter avsluttet intervensjon. Kartleggingsverktøy: SOC-spørreskjema og SCL-90-R. |
| Utvalg/ populasjon | 116 deltakere valgt ut fra ni forskjellige psykiatriske poliklinikker i en større by i Norge. Inklusjonskriterier: 18-80 år, hjemmeboende med en psykisk lidelse, har en tilkobling til psykiatrisk helsetjeneste/dagsenter, mestret norsk, var i tilstand til å ha en dialog, ikke hadde et alkohol-/rusproblem. 67 deltakere i eksperimentgruppa og 49 deltakere i kontrollgruppa. <ul style="list-style-type: none"> Land: Norge |
| Hovedfunn/ Resultater | <ul style="list-style-type: none"> Eksperimentgruppa opplevde en høyere OAS-score enn kontrollgruppa etter intervensjonen Intervensjonen påvirket håndterbarhetsdimensjonen ved OAS hos eksperimentgruppa 6 måneder etter avsluttet intervensjon var det fortsatt bedre mestring i eksperimentgruppa enn i kontrollgruppa, men forskjellen var mindre enn rett etter avsluttet intervensjon |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Etter intervensjonen svarte 85% av deltakerne at de opplevde at intervensjonen hadde hatt en stor positiv betydning for deres psykiske helse |
| Kvalitetsvurdering | <p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltakerne ble valgt ut etter strenge kriterier • Spørreskjemaet som ble gitt ut til deltakerne er blitt testet for pålitelighet og gyldighet i flere andre studier • Det var helsepersonell med relevant utdanning innenfor psykisk helse som var gruppeledere i gruppeterapien. De hadde gjennomgått 3 uker med trening i forkant. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvalgsstørrelsen i denne forskningen er relativt liten og resultatene må videre gjenskapes i større forskningsprosjekt, hvor det kan forskes mer på effekten og på hvilken del av behandlingsopplegget som viser seg å være mest effektiv • Forskningsartikkelen ble publisert i 2006. Selv om innholdet ikke virker til å ha blitt erstattet av ny og annen forskning, kan det likevel være en svakhet at den er over 15 år gammel • I denne studien kan det være vanskelig å fastslå om det er de salutogene behandlingsprinsippene som har en gunstig effekt på deltakerne, eller om gevinster kan tilskrives det å ha en regelmessig kontakt med helsevesenet. Likevel kan denne forskningen, som baserte seg på Antonovsky´s teori om salutogenese, vise til funn som tilsier at denne teorien har hatt en god effekt på deltakerne. • Ikke sikkert at funnene i denne forskningen vil gjelde for personer som sliter med mer alvorlige psykiske lidelser, da deltakerne ble valgt ut etter strenge kriterier |
| Redegjort for etiske overveielser | Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst Norge godkjente denne forskningen. Deltakernes analyser ble behandlet anonymt. Det var frivillig å delta i forskningsprosjektet. |

3.5 Analyse

Etter utarbeidelse av litteratormatrisene brukte jeg Aveyards tematiske analysemodell for å analysere innholdet i artiklene, jf. Thidemann (2019, s. 96). Denne ble brukt for å kunne systematisere resultatene fra de valgte artiklene. Jeg tok utgangspunkt i analysemodellen, men tilpasset den til oppgavens omfang.

Prosessen begynte først med å lese over alle artiklene på nytt for å få en god helhetsforståelse. Resultatdelene ble deretter lest gjennom en gang til for å kunne se sammenheng mellom artiklene (Thidemann, 2019, s. 96). Foreløpige tema ble skrevet ned i tematabell (tabell 3). Det ble gjentatt en ny leserunde av resultatdelene i artiklene, og markeringstusj ble benyttet for å streke ut viktig og relevant informasjon, jf. Aveyards tematiske analysemodell (Thidemann, 2019, s. 96-97). Ulike farger ble knyttet

til ulike tema for å bedre se en sammenheng. I denne prosessen ble nye tema avdekket og tilføyd i tematabellen.

I prosessen ble det tatt en kontinuerlig vurdering av resultatene og hvilke tema de passet under. Dette var en dynamisk prosess, med analyse og vurderinger frem og tilbake i datamaterialet. Temaene ble stadig reformulert. Likheter mellom artiklene begynte å vise seg, samt ulikheter og informasjon som ikke ble ansett som relevant for min problemstilling (Thidemann, 2019, s. 97-98). For å bedre kunne se sammenheng og vurdere resultatenes relevans, begynte jeg å sortere artiklene i tematabellen.

Artiklene ble plassert under de ulike temaene. Hovedtemaene ble reformulert, slik at de ble mer passende i forhold til resultatene og problemstillingen, jf. Thidemann (2019, s. 98). Hovedtemaene ut fra analysen ble:

- En ny hverdag (består av temaet "livskvalitet")
- Opplevelse av sammenheng og psykisk helse (består av temaene "OAS" og "psykiske lidelser")
- Generelle motstandsressurser (består av temaene "sosiale relasjoner", "indre og ytre ressurser", "identitet" og "meningsfulle aktiviteter")
- Helsepersonells rolle (består av temaet "helsepersonells rolle")

Resten av temaene i tematabellen kunne gå under de valgte temaene, derfor ble ingen videre tema utformet.

3.5.1 Tematabell (tabell 3)

| Tema | Artikkel 1 | Artikkel 2 | Artikkel 3 | Artikkel 4 | Artikkel 5 |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Livskvalitet | X | X | X | | X |
| Psykiske lidelser | X | X | | X | X |
| Mestring | | | | | X |
| OAS | | X | X | X | X |
| Intervensjoner | | X | | | X |
| Sosiale relasjoner | X | | X | | |
| Indre og ytre ressurser | X | | X | | |
| Helsepersonells rolle | X | | X | | |
| Identitet | X | | X | | |
| Meningsfulle aktiviteter | | | X | | |

4.0 Resultater

I dette kapittelet skal resultatene fra de fem artiklene sammenfattes. Dette er en mer utdypende forklaring av resultatene som er blitt fremstilt under "hovedfunn" i litteratormatrisene. Basert på analyse av de fem valgte artiklene, ble det formulert fire hovedtema for resultater.

4.1 En ny hverdag

Livskvaliteten kan bli endret når en person blir rammet av hjerneslag. Flere av deltakerne i studiet til Pettersen et al. (2017) fortalte om flere fysiske, psykiske og sosiale endringer i tilværelsen etter hjerneslag. Disse endringene kunne oppleves som belastende og påvirke hverdagen deres. I dette studiet ble ni personer som har opplevd hjerneslag intervjuet, og de ble mildt eller moderat rammet uten at det førte til store funksjonsnedsettelse. Likevel kunne flere av de oppleve "usynlige" plager, som irritasjon, hukommelsesproblemer, emosjonell labilitet, tretthet og konsentrasjonsvansker. Dette fikk konsekvenser for fysisk aktivitet, yrkesliv, aktiviteter i dagliglivet (ADL) og sosiale ferdigheter. Angst for et nytt hjerneslag ble også beskrevet av flere, der det oppsto en frykt for å holde på med aktiviteter der de ikke hadde tilgang på hjelp eller hadde mobiltelefonen tilgjengelig. En deltaker beskrev dette som et tap av frihetsfølelsen (Pettersen et al., 2017, s. 95-96).

I studiet til Shiggins et al. (2018) ble 95 personer som har gjennomgått hjerneslag med varierende alder og alvorlighetsgrad av afasi intervjuet, samt 25 familiemedlemmer. Deltakerne i studiet kunne fortelle om en opplevelse av "fragmentering" etter hjerneslag, og at de måtte bruke mye tid og energi på å gjenoppbygge livet sitt:

"Like falling down a mountain - a steep drop as you've lost people and then gradually you're able to start coming back up" (Shiggins et al., 2018, s. 81)

Den nye tilværelsen etter hjerneslag ble en pågående prosess med både overkommelige hendelser og ulike utfordringer. Aktiviteter som var overkommelige før, ble plutselig vanskelige, eksempelvis å svare på mobiltelefonen. En deltaker forklarte at disse hendelsene ofte ble en påminnelse av tapte funksjoner, som kunne føre til episoder med mye følelser (Shiggins et al., 2018, s. 81).

4.2 Opplevelse av sammenheng og psykisk helse

Guo et al. (2018) kunne vise til resultater som viste at en høy score av OAS hadde sammenheng med lavere forekomst av depresjon og stress blant eldre pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Motsatt ville en lav score av OAS utgjøre en risiko for utvikling av stress, som videre kan være med på å øke risikoen for å utvikle depresjon. Opplevelse av å ikke ha kontroll og en følelse av press er to dimensjoner av stress som hadde en betydelig innvirkning på depresjon (Guo et al., 2018, s. 166-168).

Studiet utført av Bragstad et al. (2020) viser at det er en sammenheng mellom OAS-score og nivå av psykososialt velvære. Intervensjonen handlet om å fokusere på ressurser som er med på å skape god helse, som eksempelvis sosiale relasjoner, selvaksept, tro på egne evner og deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Bragstad et al., 2020, s. 1057). Studiet kunne vise til at en høyere OAS-score er knyttet til et høyt nivå av psykososialt velvære, og at nivået av psykososialt velvære var høyere 6 og 12 måneder etter hjerneslaget enn ved basislinjen. Dette gjaldt imidlertid både eksperimentgruppa og kontrollgruppa (Bragstad et al., 2020, s. 1061).

Langeland et al. (2006) forsket på hvilken effekt gruppeterapi basert på salutogene behandlingsprinsipper ville ha for mestring av psykiske lidelser. Denne forskningen baserte seg ikke på personer som har gjennomgått hjerneslag, men generelt for personer som sliter med psykiske lidelser. Studien baserte seg på mestring i henhold til SOC-skalaen, og mestring ble målt ved start og etter 19 uker, etter avsluttet gruppeterapi og 6 måneder etter avsluttet gruppeterapi (Langeland et al., 2006, s. 213). Resultatene viste at 85% av deltakerne synes at gruppeterapien har hatt en positiv innvirkning på deres psykiske helse. Eksperimentgruppa hadde en høyere OAS-score enn kontrollgruppa etter gruppeterapien, og håndterbarhetsdimensjonen ved OAS var i tillegg høyere i eksperimentgruppa. Et halvt år etter avsluttet gruppeterapi var det fortsatt større mestring i eksperimentgruppa enn i kontrollgruppa, derimot var denne forskjellen mindre enn rett etter avsluttet gruppeterapi (Langeland et al., 2006, s. 216-217)

4.3 Helsepersonells rolle

Helsepersonell og deres betydning ble diskutert i to av studiene. Helsetjenesten hadde vært av betydning for å vedlikeholde velvære, hvor slagrammede og deres familiemedlemmer fikk hjelp til å lære nye ferdigheter, samt selvtillit til å få kontakt med andre:

"The support we got from the nurses and the care assistants. They were unbelievable to us. They are our friends" (Shiggins et al., 2018, s. 83).

Pettersen et al. (2017) rapporterer om funn i sin studie om at deltakerne hadde ulik kunnskap angående hjerneslag og livsstil. Enkelte kunne fortelle at de hadde risikofaktorer som kunne føre til hjerneslag, eksempelvis diabetes og høyt blodtrykk, men ikke visste mer om sammenhengen mellom risikofaktorene og hjerneslag. Etter hjerneslaget manglet noen av deltakerne i studiet mer utdypende informasjon angående forebygging av nye hjerneslag. Da de lå inne på sykehuset, opplevdes situasjon som kaotisk og det ble lett å glemme informasjon som ble gitt. Kunnskap om forebygging kunne også være mangelfull i andre ledd i behandlingsskjeden (Pettersen et al., 2017, s. 97).

4.4 Generelle motstandsressurser

I studiet til Shiggins et al. (2018) kunne personene som ble intervjuet fortelle at å finne tilbake til egen identitet opplevdes som viktig. For noen var det å kunne ha mulighet til å holde på med aktiviteter som var viktige for dem før hjerneslag betydningsfullt for å finne tilbake til seg selv, eksempelvis jobb, kjøre bil og å gjøre husarbeid. Videre hadde sosiale relasjoner en stor innvirkning på livskvaliteten, spesielt utpekte støttegrupper seg. Støttegrupper ble en arena for å møte andre i lignende situasjon, der nye relasjoner kunne dannes. Deling av erfaringer opplevdes som positivt og muligheten til å hjelpe andre bidro til en bedre livskvalitet. I tillegg bidro støttegruppene til å få en mer strukturert hverdag og en følelse av å være inkludert (Shiggins et al., 2018, s. 82-83).

Pettersen et al. (2017) fant i sin forskning at de fleste deltakerne ble mer bevisste sin egen livsstil etter hjerneslaget. For noen innebar dette en økt bevissthet rundt matvaner, alkohol og røyk. Fysisk aktivitet ble i tillegg mer i fokus (Pettersen et al., 2017, s. 96). Shiggins et al. (2018) rapporterer om funn hvor personer med afasi fortalte om viktigheten med meningsfulle aktiviteter. Dette inkluderte både trening, synging i kor, reising, musikk, kunst m.m. Dette hadde en stor innvirkning på deres velvære. For noen handlet det om å ikke bli definert som en pasient som har opplevd hjerneslag, men heller fokusere på gleden ved selve aktiviteten (Shiggins et al., 2018, s. 85)

5.0 Diskusjon

Dette kapitlet vil ha som mål å diskutere resultater fra litteratursøket opp mot aktuell faglitteratur fra teorikapitlet, og videre svare på problemstillingen: *"Hvordan kan salutogenese være med på å styrke den psykiske helse etter gjennomgått hjerneslag?"*

5.1 utfordringer etter hjerneslag

I studiet til Pettersen et al. (2017) ble ni personer som har opplevd hjerneslag intervjuet. De ble mildt eller moderat rammet uten å få store funksjonsnedsettelse etter hjerneslaget. De opplevde likevel psykiske plager, som irritasjon, hukommelsesproblemer, emosjonell labilitet, tretthet og konsentrasjonsvansker (Pettersen et al., 2017, s. 95-96). Funnene i dette studiet samsvarer med teori om endringer i psykisk helse etter hjerneslag. Depresjon, angst og emosjonell labilitet er noe som forekommer hos flere etter hjerneslag (Fure, 2008, s. 121). Psykososiale problemer kan utgjøre en trussel mot livskvaliteten, og videre redusere effekten av rehabilitering og øke risikoen for dødsfall (Bragstad et al., 2020, s. 1057). Deltakerne i studiet fortalte om angst for et nytt hjerneslag, som førte til en unngåelse av situasjoner og aktiviteter hvor de ikke hadde tilgang på hjelp eller hadde mobiltelefonen tilgjengelig. En deltaker beskrev dette som et tap av frihetsfølelsen (Pettersen et al., 2017, s. 95-96). Det er mulig å oppleve tilbakevendende hjerneslag (Russel et al., 2008, s. 36), og dette kan være med på å forklare den opplevde angsten etter hjerneslag.

Funn fra resultater viser at flere opplevde "fragmentering" etter hjerneslag og dette påvirket selvfølelsen. De måtte bruke mye tid og energi på å gjenoppbygge livet sitt og finne tilbake til egen identitet (Shiggins et al., 2018, s. 71). Hjerneslag kan føre til at selvstendige personer plutselig blir hjelpetrengende, og dette kan utgjøre en risiko for utvikling av psykiske lidelser (Snoek & Engedal, 2019, s. 223). Dette samsvarer med teori fra Fure (2008), hvor depresjon kan ha sammenheng med grad av funksjonsnedsettelse og i hvor stor grad vedkommende blir hjelpetrengende (Fure, 2008, s. 122). Ferdigheter som ikke opplevdes som problematisk før, ble plutselig vanskelig å utføre etter gjennomgått hjerneslag, eksempelvis å svare på mobiltelefonen. Følgelig ble dette en påminnelse av tapte funksjoner og kunne føre til episoder med mye følelser (Shiggins et al., 2018, s. 81). Hjerneslag kan påvirke funksjoner tilknyttet det aktuelle området i hjernen som blir rammet (Ørn et al., 2011, s. 318-319). Pettersen et al. (2017) kunne videre rapportere om konsekvenser for fysisk aktivitet, yrkesliv, aktiviteter i dagliglivet og sosiale ferdigheter etter hjerneslag (Pettersen et al., 2017, s. 95-96).

5.2 Sammenhengen mellom salutogenese og psykisk helse

Opplevelse av sammenheng er et nøkkelbegrep innen salutogenese. Det er en livsinnstilling og omhandler i hvilken grad en person synes livet oppleves som håndterbart, begripelig og meningsfullt (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). En opplevelse av å ikke ha kontroll og en følelse av press er faktorer som kan være med på å utvikle depresjon (Guo et al., 2018, s. 166-168). Antonovsky mente at livet er noe vi ikke kan kontrollere og at vi stadig kommer til å møte på ulike utfordringer, da det er en naturlig del av livet. Hvordan vi håndterer disse stressorene og hvilke ressurser vi bruker har betydning for om vi beveger oss i retning mot god helse eller mot sammenbrudd (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18). Studiet til Guo et al. (2018) viser videre at grad av OAS har en sammenheng med forekomst av depresjon og stress. Et høyere nivå av OAS hadde en sammenheng med lavere forekomst av stress og depresjon blant eldre personer som hadde opplevd hjerneslag. På samme måte hadde et lavt nivå av OAS sammenheng med høyere forekomst av stress og depresjon (Guo et al., 2018, s. 166-168).

I studiet til Guo et al. (2018) baserte forskningen seg på eldre personer med hjerneslag over 60 år, men Bragstad et al. (2020) viser til lignende resultater i sin studie, hvor nivå av psykososialt velvære har en sammenheng med nivå av OAS, og at dette gjelder personer med hjerneslag som er over 18 år. Dette kan være med på å generalisere funnene til en større brukergruppe enn bare hos eldre personer. Bragstad et al. (2020) fant at nivå av OAS var stabilt hos begge gruppene gjennom studiet, men høyere nivå av OAS ble sett i sammenheng med lavere GHQ-28 score, som er et spørreskjema som måler emosjonelt ubehag (Bragstad et al., 2020, s. 1061). En sterk OAS kan være med på å gi god psykisk helse og kan være med på å beskytte mot psykiske plager (Lindström & Eriksson, 2015, s. 46-47). Dette kan forklares med at for personer med en sterk OAS, oppleves livet om håndterbart, begripelig og meningsfullt. En person med sterk OAS klarer å gjenkjenne tilgjengelige ressurser og bruke disse på en måte som skaper god helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28).

Studiet til Bragstad et al. (2020) kunne derimot ikke vise til forskjeller mellom eksperimentgruppa og kontrollgruppa, hvor hypotesen var at en intervensjon skulle bidra til økt psykososialt velvære og høyere nivå av OAS. Det ble ikke påvist mindre stress og angst i eksperimentgruppa sammenlignet med kontrollgruppa (Bragstad et al., 2020, s. 1061). Dette kunne skyldes flere faktorer, blant annet ble det brukt et måleverktøy som rettet seg mer mot tilstedeværelse av psykiske symptomer knyttet til angst og depresjon. Det ble ikke benyttet måleverktøy som fokuserte på velvære og god helse (Bragstad et al., 2020, s. 1068). Sentralt i salutogenese er å se på faktorer som er med

på å gi oss god helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18). Kartlegging av meningsfulle aktiviteter ble ikke utført, men kunne ha vært med på å gi mer viktig data til studiet, da meningsfulle aktiviteter var sentralt i forfatterens definisjon av psykososialt velvære (Bragstad et al., 2020, s. 1068). Ifølge Lindström & Eriksson (2015) er meningsfulle aktiviteter en generell motstandsressurs som har stor betydning for å utvikle en sterk OAS (Lindström & Eriksson, 2015, s. 29-30). Dermed er det vanskelig å fastslå om det er selve intervensjonen som ikke hadde ønskelig effekt, eller om manglende resultater kan tilskrives bruk av måleverktøy og manglende kartlegging av meningsfulle aktiviteter.

Personer med mer alvorlig grad av hjerneslag og afasi ble ikke inkludert i studiet til Bragstad et al. (2020), noe som ikke kan gjøre funnene representativt for denne brukergruppen. Denne brukergruppen er i tillegg mer utsatt for psykososiale problemer. Til tross for dette representerer brukergruppen inkludert i dette studiet den største gruppen med pasienter med hjerneslag som blir innlagt på norske sykehus (Bragstad et al., 2020, s. 1068). Selv om det ikke ble påvist stor forskjell mellom eksperimentgruppa og kontrollgruppa i forhold til nivå av psykososialt velvære, kunne deltakerne i eksperimentgruppa fortelle at intervensjonen opplevdes som nyttig og at de dro fordel av det. Dessuten hjalp det deltakerne i en tilpasning av sitt nye liv etter hjerneslag (Bragstad et al., 2020, s. 1067).

5.3 Helsefremmende arbeid

I studiet til Bragstad et al. (2020) handlet intervensjonen om å fokusere på ressurser som er med på å skape god helse, som sosiale relasjoner, selv-aksept, tro på egne evner og deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Bragstad et al., 2020, s. 1057). Salutogenese er en teori som fokuserer på faktorer som gjør at vi beveger oss i retning mot god helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 19-20). Dette samsvarer med målet i helsefremmende arbeid. Helsefremmende arbeid ser på ressurser som skaper god helse, i stedet for å ha et hovedfokus på sykdom og behandling. Det overordnede målet med helsefremming er å legge til rette for en god livskvalitet og velvære (Lindström & Eriksson, 2015, s. 23). Selv om intervensjonen i studiet til Bragstad et al. (2020) ikke ga ønskede resultater, er fortsatt helsefremmende arbeid med fokus på ressurser viktig for til rette for en god livskvalitet for personer med varige funksjonsnedsettelse (Nordlund et al., 2015, s. 24).

Helsepersonell og deres betydning ble diskutert i studiet til Shiggings et al. (2018) og i studiet til Pettersen et al. (2017). Det ble ikke nevnt en spesifikk yrkesgruppe, men heller helsepersonell generelt. Dette kan derimot overføres til vernepleieryrket, fordi i habilitering og rehabilitering er det viktig å dekke både medisinske, psykiske og sosiale

behov (Helsedirektoratet, 2018). Det er viktig å ikke utelukkende se på diagnosen og de medisinske konsekvensene, men også utforming av miljø og samfunn for å tilrettelegge for støtte og mestring (Nordlund et al., 2015, s. 19). Helsetjenesten hadde vært av betydning for å vedlikeholde velvære, hvor slagrammede og deres familiemedlemmer fikk hjelp til å lære nye ferdigheter, samt selvtillit til å få kontakt med andre (Shiggins et al., 2018, s. 83). Egenmestring, aktivitet og vedlikehold av funksjoner er sentrale fokusområder innenfor hverdagsrehabilitering, noe som har flere likheter med tradisjonelt miljøarbeid innenfor vernepleie (Nordlund et al., 2015, s. 29). Dette er med på å belyse hvilken kompetanse vernepleieren kan bidra med i habilitering og rehabilitering.

Pettersen et al. (2017) rapporterer om funn i sin studie om at personene som hadde gjennomgått hjerneslag hadde ulik kunnskap angående hjerneslag og livsstil. De følte i tillegg at de ikke fikk tilstrekkelig med informasjon angående forebygging av nye hjerneslag (Pettersen et al., 2017, s. 97). Hjerneslag kan føre til fysiske endringer hos en person, så vel som psykiske og sosiale endringer (Pettersen et al., 2017, s. 95-96). Kunnskap om diagnose og hjerneslag blir dermed viktig for å gi tjenester av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2018). De fleste deltakerne i studiet til Pettersen et al. (2017) ble mer bevisste sin egen livsstil etter gjennomgått hjerneslag. For noen innebar dette en økt bevissthet rundt matvaner, alkohol og røyk. Fysisk aktivitet ble i tillegg mer i fokus (Pettersen et al., 2017, s. 96). Det er en tendens til at personer med en sterk OAS har en livsstil som støtter sunne levevaner, blant annet mer fysisk aktivitet og et mindre inntak av alkohol og tobakk (Lindström & Eriksson, 2015, s. 52). Dette kan være med på å bekrefte sammenhengen mellom salutogenese og en sunn livsstil.

5.4 Sosiale relasjoner og generelle motstandsressurser

Sosiale relasjoner har en stor innvirkning på livskvaliteten. Støttegrupper er en arena for å møte andre i lignende situasjon og er en mulighet for å danne nye relasjoner (Shiggins et al., 2018, s. 83). Deling av erfaringer opplevdes som positivt for personer som har gjennomgått hjerneslag, og muligheten til å hjelpe andre bidro til en bedre livskvalitet (Shiggins et al., 2018, s. 83). Sosiale relasjoner av god kvalitet er en viktig motstandsressurs. Gode sosiale relasjoner kan hjelpe personer til bedre håndtering av ulike stressorer sammenlignet med personer med sosiale relasjoner av dårligere kvalitet (Langeland, 2014, s. 13). I samtalegrupper basert på salutogenese får deltakere mulighet til å gi og motta sosial støtte, og spesielt det å gi sosial støtte kan være helsefremmende. Positive tilbakemeldinger kan være med på å styrke selvtilliten (Langeland, 2014, s. 20).

Et dårlig sosialt nettverk kan være en risikofaktor for psykisk lidelse, og det finnes en tydelig sammenheng mellom kvalitet på det sosiale nettverket og depresjon (Snoek & Engedal, 2019, s. 223). Langeland et al. (2006) viste til funn i sin studie hvor 85% av deltakerne mente at gruppeterapi har hatt en positiv innvirkning på deres psykiske helse. Deltakerne i gruppeterapien hadde ikke gjennomgått hjerneslag, men var personer som hadde ulike psykiske lidelser (Langeland et al., 2006, s. 216-217). Dette funnet kan derimot overføres til å gjelde for personer som har gjennomgått hjerneslag, fordi flere som gjennomgår hjerneslag kan oppleve symptomer på depresjon og angst (Fure, 2008, s. 121). Et høyere nivå av OAS ble påvist hos eksperimentgruppa enn hos kontrollgruppa, og håndterbarhetsdimensjonen ved OAS var i tillegg høyere i eksperimentgruppa (Langeland et al., 2006, s. 216-217). Dette kan være med på å belyse at gruppeterapi basert på salutogenese kan være positivt for den psykiske helsa og øke nivået av OAS, til tross for funnene i studiet til Bragstad et al. (2020), hvor intervensjonen ikke bidro til en tydelig forskjell mellom eksperimentgruppa og kontrollgruppa (Bragstad et al., 2020, s. 1061).

Meningsfylte aktiviteter opplevdes som viktige for å finne tilbake til identiteten for personer som har gjennomgått hjerneslag (Shiggins et al., 2018, s. 82). Disse aktivitetene kunne være blant annet trening, synging i kor, reising, kunst m.m. Dette hadde en stor betydning for livskvaliteten, og for noen handlet det om å ikke bli definert som en pasient, men heller fokusere på gleden ved selve aktiviteten (Shiggins et al., 2018, s. 85). Mestringsressurser kan være faktorer som virker beskyttende mot psykiske lidelser (Major, 2011, s. 23). Generelle motstandsressurser er ressurser som kan hindre at spenning fra stressorer omdannes til stress, og meningsfylte aktiviteter er en viktig motstandsressurs (Lindström & Eriksson, 2015, s. 29-30).

6.0 Metodiske overveielser

I dette kapitlet vil styrker og svakheter ved litteraturanalsen redegjøres for, samt en begrunnelse for valgte fagartikler. Videre vil det diskuteres om aktuelle funn kan overføres til populasjonen i Norge.

Fremgangsmåten ved litteraturstudiet er systematisk beskrevet for å sikre etterprøvbarehet. Salutogenese, hjerneslag og psykisk helse var tema som gikk igjen i de fem utvalgte artiklene, og ble valgt på grunn av relevans for problemstillingen. Tre av artiklene var studier som benyttet seg av kvantitative metoder. Disse artiklene bidro med målbare og objektive data. En svakhet ved dette er at data samles inn via

spørreundersøkelser med faste svaralternativer, som gir en breddekunnskap (Thidemann, 2019, s. 75-76), men som ikke gir en dypere forståelse av et fenomen. To av artiklene benyttet kvalitativ metode, som er nyttig for å få med menneskelige erfaringer, så kalt dybdekunnskap (Thidemann, 2019, s. 76). Derimot er det færre deltakere i disse studiene, som kan ha innvirkning på generalisering av funn.

Artikkelen til Langeland et al. (2006) er over 15 år gammel, dette er en svakhet ved oppgaven. Det ble tilstrebet å finne vitenskapelige artikler med forskning innen de siste 10 årene. Grunnen til at denne artikkelen likevel ble inkludert er at det ikke ser ut som funnene er erstattet av nyere forskning. En styrke i oppgaven er at de andre fire artiklene er av nyere dato, fra 2017-2020. Kvaliteten på artiklene er videre vurdert ut ifra sjekklister relevant for de aktuelle metodene (Helsebiblioteket, 2016).

Studiet til Guo et al. (2018) ble kun representert fra deltakere i Kina. Det kan påvirke om resultatene kan overføres til populasjonen i Norge. Derimot viser studiet kun sammenhengen mellom stress, depresjon og opplevelse av sammenheng, uten videre sammenheng mellom samfunnet eller kultur. Det er i tillegg en god representasjon i antall deltakere i studiet, noe som kan være med på å generalisere funnene. Tre av artiklene var basert i Norge, som kan gjøre funnene overførbare til populasjonen i Norge. På den andre siden kan det være en svakhet, ved at det ikke kan generaliseres på tvers av land og kulturer. I artikkelen til Shiggins et al. (2018) ble funnene representert av deltakere fra Storbritannia, Norge, Israel, Irland og Danmark, som er med på å sikre bred variasjon.

En svakhet i denne oppgaven kan være at fire av fem artikler ble oversatt fra engelsk, som ikke er undertegnede's morsmål. Dette kan være en kilde til feiltolking i oversettelse og forståelse av resultatene. Imidlertid ble tolking og oversetting av artiklene utført grundig, som kan være med på å redusere denne svakheten.

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan vernepleiere kan være med på å tilrettelegge for en god psykisk helse og bedre livskvalitet etter gjennomgått hjerneslag, og svare på problemstillingen: "Hvordan kan salutogenese være med på å styrke den psykiske helsa etter gjennomgått hjerneslag?".

Det er blitt gjort et systematisk litteratursøk etter fagartikler som skulle bidra med forskning rundt salutogenese, psykisk helse og hjerneslag, og sammen med teori forsøke

å svare problemstillingen. Ulike intervensjoner er prøvd ut med blandede resultater, men resultatene fra artiklene viser at det er en sammenheng mellom salutogenese og psykisk helse. Opplevelse av sammenheng er en livsinnstilling som har blitt bekreftet å ha en sammenheng med en opplevelse av god psykisk helse. Dette samsvarer med teori på det aktuelle fagområdet. Salutogenese er en teori som fokuserer på faktorer som er med på å skape god helse, og et fokus på dette er viktig når det skal tilrettelegges for et godt liv med en god livskvalitet etter hjerneslag. Hjerneslag kan føre til en dårligere psykisk helse, der angst, depresjon og svekket selvbilde er vanlig. Ressurser som sosiale relasjoner, støttegrupper og meningsfylte aktiviteter ble vektlagt som viktige ressurser for å legge til rette for en god livskvalitet etter hjerneslag, samt en sunnere livsstil kan være med på å forebygge nye hjerneslag. Vernepleieren har en viktig kompetanse som kan brukes i habilitering og rehabilitering med kunnskap om helsefremmende arbeid og tilrettelegging av miljø. Helsefremmende arbeid har mye likheter med teorien om salutogenese. På bakgrunn av dette kan det oppsummeres med at salutogenese er en viktig teori som kan brukes i arbeid med personer som har gjennomgått hjerneslag for å bedre den psykiske helsa.

I fremtiden vil det bli en stadig økende eldre befolkning, og det er anslått at hyppigheten i hjerneslag vil øke på grunn av dette. Kunnskap om helsefremmende arbeid med tanke på psykisk helse vil være viktig i arbeid med denne brukergruppen på grunn av forekomst av psykiske lidelser. Videre forskning kan inkludere personer med mer alvorlig grad av hjerneslag og afasi, da de ikke ble representert i stor grad i denne litteraturstudien. Det kan i tillegg forskes mer på spesifikke intervensjoner og effekten av dem, samt hvilke brukergrupper dette har størst betydning for. Videre kan det forskes på om en intervensjon har størst virkning på personer i akutfasen etter hjerneslag, eller i det påfølgende året eller årene etter gjennomgått hjerneslag.

8.0 Litteraturliste

Bragstad, L.K., Hjelle, E. G., Zucknick, M., Sveen, U., Thommessen, B., Bronken, B. A., Martinsen, R., Kitzmüller, G., Mangset, M., Kvigne, K. J., Hilari, K., Lightbody, C. E., & Kirkevold, M. (2020). The effects of a dialogue-based intervention to promote psychosocial well-being after stroke: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 34(8), 1056–1071.

<https://doi.org/10.1177/0269215520929737>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om*

- nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-411). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>
- Frich, J.C. & Russell, D. (2008). Hjerneslag – en ny epoke. I J.C. Frich (Red.) *Hjerneslag* (p. 127, s. 6). Den norske legeforening
- Guo, L.N., Liu, Y.J., McCallum, J., Söderhamn, U., Ding, X.-F., Yv, S.-Y., Zhu, Y.-R., & Guo, Y.-R. (2018). Perceived stress and depression amongst older stroke patients: Sense of coherence as a mediator? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 79, 164–170. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.08.010>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2018, 11. juli). *Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunene*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/habiliterings-og-rehabiliteringsfaglig-kompetanse-i-kommunene>
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering* (Rapport nr. 1/2014). NAPHA - nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.004>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Major, E.F. (2011). *Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Vol. 2011:1, p. 90). Folkehelseinstituttet.
- Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie: kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget
- Norsk helseinformatikk, NHI. (2019, 15. oktober). *Hjerneslag, prognose*.
<https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag/?page=6>
- Pettersen, S., Bøe, M.G. & Haraldstad, K. (2017). Frisk, men likevel ikke som før. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2, 90–103. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-02-02>
- Russel, D., Dahl, A. & Lund, C. (2008). Primærprofylakse mot hjerneslag. I J.C. Frich (Red.) *Hjerneslag* (p. 127, s. 36-40). Den norske legeforening
- Fure, B. (2008). Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. I J.C. Frich (Red.) *Hjerneslag* (p. 127, s. 121-123). Den norske legeforening

- Shiggins, C., Soskolne, V., Olenik, D., Pearl, G., Haaland-Johansen, L., Isaksen, J., Jagoe, C., McMenamin, R., & Horton, S. (2020). Towards an asset-based approach to promoting and sustaining well-being for people with aphasia and their families: an international exploratory study. *Aphasiology*, 34(1), 70–101.
<https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1548690>
- Thidemann, I.J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget.
- Thomassen, L. (2021, 30. november). Hjerneslag. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/hjerneslag>
- Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E. (2011). *Sykdom og behandling*. Gyldendal Akademisk.

