

Kandidatnr: 10085

LIVET ETTER HJERNESLAG

litteraturbachelor

Antall ord: 6716

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Kandidatnr: 10085

LIVET ETTER HJERNESLAG

litteraturbachelor

Antall ord: 6716

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Hvert år rammes omkring 15 000 mennesker av hjerneslag i Norge. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i landet, og det er også den vanligste årsaken til nedsatt funksjonsevne hos befolkningen. Hjerneslag oppstår plutselig, og kan føre til nedsatt fysisk funksjon, forårsake følelsesmessig- og psykisk påkjenning, og deprivasjon av sosial omgang for pasienten og dens pårørende. En slik drastisk endring av livssituasjonen kan forårsake store traumer for de som berøres av hjerneslag.

På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

” Hvordan kan sykepleieren støtte slagrammede pasienter til å mestre å leve med sykdommen?”

Hensikten med denne oppgaven er å lære hvordan det er å leve med sykdommen etter et hjerneslag. For å kunne besvare oppgavens problemstilling har jeg brukt systematisk litteraturstudie gjennomført fra 25. April 2022 fram til 10 juni, 2022, som inkluderer syv artikler.

Det viser seg at sykepleierens kunnskap, støtte og helhetlig tilnærming er viktige elementer for å ivareta slagrammedes evne til å leve med den nye livssituasjonen i rehabiliteringsfasen. Kunnskap om støtte, mestring og fysisk og psykisk helse er også viktige faktorer som sykepleieren bør inneha for å hjelpe pasienten med de nye livsstilsendringene, slik at vedkommende får en opplevelse av å ha et meningsfylt liv. Det å leve med en sykdom kan oppleves som skremmende for mange pasienter. Et plutselig hjerneslag kan føre til en rekke funksjonsnedsettelse avhengige av utfallet for slaget. Det er flere elementer som går igjen i artikkelen som er omtalt i denne studien, som handler om sykepleiernes støtte til pasienten for å kunne leve best mulig med følge virkninger.

Innhold

1.	Introduksjon	1
1.1.	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2.	Problemstilling	1
1.3.	Avgrensning	2
1.4.	Teori	2
1.4.1.	Benner og Wrubels sykepleieteoretiske perspektiv	2
1.4.2.	Hjerneslag	3
1.4.3	Rehabilitering:	4
1.4.4	Kommunikasjon og mestring	5
1.4.5	Sykepleierens støttende funksjon	6
2.	Metode	8
2.1.	Beskrive metode	8
2.2.	Inklusjons-og eksklusjonskriterier	8
2.3.	Søkehistorikk/søkestrategi	9
2.4.	Vurdering av utvalgte artiklene	9
2.5.	Søketabell	9
2.6.	Analyse	12
3.	Resultater	13
3.1.	Artikkelmatrise	13
3.2.	Resultater av mulige artikler	18
3.3.	Å skape tillit og trygghet	18
3.4.	Støtte den slagrammede og pårørende	19
3.5.	Helsefremmende sykepleie	19
4.	Diskusjon	21
4.1.	Innledning	21
4.2.	Å skape tillit og trygghet	21
4.3.	Støtte den slagrammede og pårørende	22
4.4.	Helsefremmende sykepleier	23
4.5.	Implikasjoner for sykepleier	27
4.6.	Metoderefleksjon	27
4.7.	Konklusjon	28
4.8.	Referanser	29

1. Introduksjon

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Hjerneslag er også kalt apoplexia cerebri. Hvert år rammes omkring 15 000 mennesker i Norge av hjerneslag. I 2020 var det 8 917 tilfeller av hjerneslag i Norge (Norsk hjerneslagregister 2020). Hjerneslag er «en plutselig oppstått fokale eller globale forstyrrelser i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død(Almås et al., 2016). Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken, og den vanligste årsaken til funksjonshemming i Norge (Wergeland et al., 2016, s. 303). Sykdommen kommer plutselig og pasienten rammes både fysisk, psykisk og sosialt. Når hjerneslag plutselig inntreffer, skal pasienten legges inn og motta øyeblikkelig hjelp (Løge og Norrving 2015).

Slagpasienter har behov for å bli ivaretatt både for grunnleggende og psykososiale behov i etterkant av hjerneslaget. Men også for å kunne senere ha motivasjon til å mestre å leve med nedsatt funksjonsevne. Det å leve med en kronisk sykdom har konsekvenser for den som rammes av hjerneslag og også for de pårørende. Det kan oppleves som deprivasjon av fysisk funksjon, sosialrolle og relasjoner, tap av selvfølelse, sikkerhet og kontroll, tap av uavhengighet og økonomisk evne (Fjørtoft, 2012). Jeg har selv hatt pasientmøter ved slagenhet på et sykehus, på rehabiliteringsinstitusjon i hjemmetjenesten og i sykehjem via praksis i forbindelse med studiet. Derfor ble jeg interessert i å skrive om hjerneslag som tema, og hvordan det påvirker livssituasjonen i etterkant av hjerneslaget med mulige utfall. Jeg vil fordype meg mer om hva eksisterende litteratur sier om å leve med virkningene som dens helseutfordring. Videre litt om hvordan bistå den slagrammede til å mestre utfordringene i størst mulig grad. Hensikten med oppgaven er å belyse, og forstå hvordan det er å leve med nedsatt funksjonsevne etter et hjerneslag.

1.2. Problemstilling

Jeg har formulert følgende problemstilling:

Hvordan sykepleieren kan støtte slagrammede pasienter til å mestre å leve med nedsatt funksjonsevne/ sykdommen?

1.3. Avgrensning

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i voksne pasienter over 45 år, som etter akutt behandling på sykehuset er i den rehabiliterende fasen og deres opplevelser og/eller følge virkningene i ettertiden. Oppgaven retter seg mot begge kjønn. For pasienter med moderat utfall eller funksjonssvikt vil det være aktuelt med videre opptrening i en rehabiliteringsavdeling. Som sykepleier møter vi ofte pasienter med behov for rehabilitering i sykehjem, hjemmesykepleien, sykehus og i rehabiliteringsinstitusjoner (Romsland, mfl., 2015, s. 11). Det er sykepleieren som har den koordinerende rollen i teamet og utøver det meste av den virksomheten som bidrar til rehabiliteringsplan for videre utredning i rehabiliteringsprosessen.

Jeg vil her fokusere på den slagrammede, men også de pårørendes samarbeid. Pårørende spiller en viktig rolle. De kan være en styrkende ressurs for pasientenes psykososiale behov i den rehabiliterende fasen, og i fremtiden. I rehabiliteringsprosessen vil jeg sette søkelys på helsefremmende sykepleie, og hvordan det kan bringe mestring, motivere pasientene til å bruke egne ressurser gjennom myndiggjøring som brukarmedvirkning og styrking av pasientens egne evner. Videre ønsker jeg å fokusere på hvordan sykepleieren kan styrke og bevare positive faktorer rundt pasientens tilværelse.

1.4 Teori

1.4.1 Benner og Wrubels sykepleieteoretiske perspektiv

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i Patricia Benner og Judith Wrubel (1989) omsorgsteori som min sykepleiefaglige referanse, som er referert av (Kristoffersen, 2016b) og (Kirkevold, 1998)

Omsorgsteorien har betydning for enkelte pasienter som opplever stress på grunn av fravær av sykdom, helsesvikt og følelse av rammet av tap. Teorien handler om hvordan pasienter skal mestre tap, for å gjenvinne det livet som er truet, og ikke fungerer som den skal (Kristoffersen, 2016). Ifølge Kirkevold (2016) skal en sykepleier bry seg om personer som er hjelpetrengende, og skape muligheter for dem samt gi opphav til meningsfulle måter å mestre livet etter en situasjon. Benner og Wrubel (1989, s. 62) referert av Kirkevold (2016, s. 203) anser opplevelsen av sykdom som en vesentlig kilde til stress, og skriver: *Stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet.* Videre beskriver forfatterne sykepleierens mål som er å bidra til å styrke pasienten til den de vil være, og hjelpe

vedkommende til å leve med sykdommen, også i situasjoner der tap, lidelse og sykdom er en del av den nye livsstilen. En sykepleier må være aktivt til stede for å ha innsikt i pasientens situasjon. Forfatterne påpeker videre at sykepleieroppgaven er i hovedsak å støtte pasienten å finne mening av sykdommen (Kirkevold, 2016). Dette innebærer å hjelpe pasienten til å mestre tap, lidelse og sykdom med utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte, og den mening den enkelte tilligger situasjonen.

Pasienten som er i en situasjon der han opplever stress i forbindelse med helsesvikt, tap eller sykdom, er sårbar, der de tenker at deres liv er truet, og kan dermed ikke lenger fungere fritt og ubesvært. Det er her veldig viktig at sykepleieren med sin rolle og ansvar hjelper pasienten på en måte som ivaretar det som er særlig verdifull for pasienten. Forfatterne påpeker også hvor viktig det er at sykepleieren viser omtanke og bryr seg om personen som er hjelpetrengende, og skaper muligheter for vedkommende samt gir opphav til meningsfulle måter å mestre livet på etter en situasjon. Kirkevold (2016) påpeker her at omsorg er et fundamentalt grunnlag for å motta hjelp og yte hjelp. Et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold vil bedre skape muligheter for å bry seg om den andre og ha tillit til vedkommende. Dette gjør en i stand til å yte hjelp, motta hjelp og føle seg verdifull. Kristoffersen (2016, s. 27) viser til Benner & Wrubel (1989) som hevder at omsorg på denne måten kan skape en kontekst som er sentral hos alle. En sykepleier funksjon og rolle, samt mål vil derfor være å hjelpe pasienten til å mestre den nye livssituasjonen og ivareta deres behov som kan gi mening av situasjonen for den enkelte.

1.4.2 Hjerneslag

Hjerneslag er en samlet betegnelse for alle plutselige, fokale nevrologiske utfall som skyldes blodstrømforskytelser i hjernen (Almås et al., 2016). Dette skyldes enten akutt iskemi, som er 85% av tilfellene med hjerneslag, arteriell, eller intracerebral blødning - som står for 15% av slagtilfellene. I 2020 var 8 917 personer i hele Norge rammet av hjerneslag, der 85% av insidensene var hjerneinfarkt, 14% hjerneblødning, mens 1% var uspesifiserte. Risikofaktorer for hjerneslag er en rekke underliggende tilstander som hypertensjon, hyperkolesterolemi, atrieflimmer, røyking, diabetes, og tidligere TIA (transitorisk iskemisk anfall) eller drypp (Folkehelseinstituttet (FHI), 2012) Karakteristiske symptomer og funn ved slag er plutselige, halvsidene pareser ofte kombinert med føletap, og ulike kognitive utfall. Behandling ved akutt iskemi er farmakologisk tiltak med acetylsalisylsyre, og eventuell trombolyse dersom behandlingen kan gis innen 4.5 timer etter sykdomsdebut. Konsekvenser av hjerneslag er veldig varierende fra pasient til pasient, mange rammes alvorlig av sykdommen, men de fleste får et

moderat hjerneslag. En viktig konsekvens av det er kommunikasjonsproblemer i språkområdet i venstre hjernehalvdel, som kan føre til motorisk afasi, sensorisk afasi og generelle kommunikasjonsvansker etter hjerneslaget. Rask igangsettelse av rehabilitering er derfor viktig ved nevrologiske utfall, uansett underliggende prosess. Denne behandlingstiltaket begynner på slagenheter ved sykehus der alle relaterte yrkesgrupper jobber tverrfaglig og følger en detaljert opptreningsplan.

1.4.3 Rehabilitering:

Begrepet rehabilitering brukes om tjenester for å bedre funksjonsevne og aktivitetsmuligheter for barn, voksne og eldre med funksjonsutfordringer. Rehabilitering kjennetegnes som behov for gjenvinning av tapte funksjoner (Romsland et al., 2015). Målet med rehabilitering er at pasienter er aktivt deltakende i behandlingsforløpet slik at de klarer å mestre livet med de helseutfordringene slagrammede pasienter får, samt muligheten til å leve aktivt og mest mulig selvstendig i livet til tross for sykdom og funksjonstap. Dette innebærer å bidra til å mestre eller forsterke pasientens ressurser i bruk på nye måter, som bidrar i å gjenvinne tapte ferdigheter som fysisk, mental eller sosial funksjon. Målet er å støtte den enkelte til å være selvstendig og fungerende i den nye livssituasjon.

Rehabiliteringen skal være en helsefremmende prosess, der den slagrammede selv skal lede for å styre rehabiliteringsprosessen sammen med sykepleieren og andre tverrfaglige helsepersonell. En viktig faktor er å bygge opp pasientens myndiggjøring (Empowerment) og mestringskapasitet, gjennom å sette mål og motivere pasienten til fysisk aktivitet, psykeoduskjon og sosial støtte som vil bidra til å leve med sykdommen til tross for omfanget (Gammersvik & Larsen, 2018). Rehabilitering bør derfor begynne så tidlig som mulig og fortsette i pasientens hjemmemiljø. Rene og Larsen (2018) viser til Langhorne og Widen-Holmqvist (2007) som viser til forskning de siste ti årene, som understreker at hjemmebaserte habilitering faktisk kan være et reelt alternativt for pasienter med lett til moderat hjerneslag

Rehabilitering innebærer å mestre en ny livssituasjon etter en sykdom. Ifølge Kirkevold (2010) har sykepleiere en betydningsfull rolle i det tverrfaglige samhandlingen og rehabiliteringen. Sykepleierens sentrale oppgaver er å hjelpe den slagrammede til å styrke håp i livsmotet, samt å bidra til myndiggjøring (Empowerment). Dette skal gjøres gjennom brukervedvirkning og ulike mestringsstrategier. Hoeman (2008) omtaler sykepleierens funksjon som å støtte personer i å oppnå eller vedlikeholde følgende: best mulig funksjonsnivå, best mulig tilstand av helse og

velbefinnende, og hensiktsmessig mestring av endringer og utfordringer som sykdommen eller skaden fører med seg (Kristoffersen, 2016a)

Pasientens rett til medvirkning er forankret i lov om pasient- og brukerrettighet § 3-1:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjeneste former og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon

(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

Det understrekes videre i samme lov, og § 3-2 om pasientens og brukerens rett til informasjon:

Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i samsvar med loven. *(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)*

Det er altså viktig at sykepleieren under rehabilitering, inkluderer pasienten i behandlingsprosessen, der individ perspektiv, selvbestemmelse, og brukermedvirkning er fundamentale prinsipper og viktige verdier (Solvang & Slettebø, 2011). Selvbestemmelse er en del av grunnlaget for at pasienten skal kunne kjenne seg sett og hørt, slik at vedkommende kan ha stor innflytelse på egen rehabiliteringsprosess (Eide & Eide, 2016, s. 57). Slagrammede pasienter og eventuelt pårørende skal være aktivt inkludert i hele sykdomsforløpet. Dette er særlig viktig siden det er både den slagrammede og pårørende som rammes av situasjonen. Ifølge Kirkevold (2010) skal en sykepleier ivareta både den syke og pårørendes behov for forståelse av sykdommen og innlemme hendelsen i daglige aktiviteter i rehabiliteringsprosessen.

1.4.4 Kommunikasjon og mestring

Mestring er en samlebetegnelse på ulike måter å mestre helseutfordringer på, når livsendringer blir en utfordring. Et fellestrekk ved denne forståelsen er at mestring innebærer strategier for å bruke, tolerere og dempe ytre eller indre stress, og føle og oppleve slike stress. Derfor er slike mestringsstrategier personlige og kan være mer eller mindre hensiktsmessige med tanke på å vedlikeholde og leve med sykdom samt ivareta egen helse (Kristoffersen, 2016). For en

sykepleier som tar i bruk problemorienterte strategier, vil fremme opplevelsen av mestring hos pasienten gjennom konkrete informasjon, veiledning og støtte (Kristoffersen, 2016, s. 266). Gjennom dialog samtaler, kan sykepleieren bidra til å bearbeide lidelse etter hjerneslag, gi pasienten rom for å fortelle, forstå sykdommen og finne mening av lidelsen. Det kan føre til økt mestringsevne hos pasienten, som igjen bidrar til å gjenvinne funksjonsevne (Kristoffersen, 2016).

En pasient trenger hjelp fra en trygg og tillitsfull sykepleier for å kunne mestre å leve med sykdommen, som bidrar til å medvirke i at vedkommende kan delta i eget mestrings utfordringer. Sykepleieren vil gjennom sin kunnskap, ferdighet og informasjon forsterke pasientens ytre og indre ressurser og motivasjon, som viktige faktorer for å kunne mestre. Dette vil gi pasienten større muligheter til å kunne inkludere seg selv i rehabiliteringsprosessen. Dermed kan vi si at mestring og motivasjon henger sammen i denne forståelsen. Det handler med andre ord om å motivere pasienten, slik at vedkommende har vilje til å kunne gjennomføre øvelsene, ved å prioritere og bruke mindre kroppsdeler av gangen eller dette opp delmål. Når disse målene er nådd vil de være med på å skape mestring og videre motivasjon.

For å kunne påvirke pasientens motivasjon vil det være viktig for sykepleieren å ha søkelys på egne kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2016). Å kommunisere på en profesjonell måte handler også om helsefremmende mål. Dette handler om at kommunikasjon er et viktig element i samhandlingen mellom en sykepleier og pasienten. Gjennom god kommunikasjon vil en sykepleier kunne skape mening, tilt, trygghet og håp ved å vekke positive følelser. Særlig kommunikasjon med hjerneslagpasienter kan oppleves utfordrende, siden de fleste av pasientene har kommunikasjonsutfordringer. Kommunikasjon innebærer en rekke kommunikasjonsstrategier, som bruk av verbal- og nonverbal kommunikasjon og aktiv lytting. Ifølge Eide og Eide (2016) handler aktiv lytting om at pasienten blir involvert i selvbestemmelsesteorien, der vedkommende tar en viktig del i samhandlingen. De fleste pasienter med hjerneslag har også språkvanskelige atferd etter et slag, som igjen kan skape utfordringer samspillet mellom pasienten og sykepleieren.

1.4.5 Sykepleierens støttende funksjon

Ifølge Kirkevold (1997, 2010) har sykepleieren en fortolkende, støttende, integrerende og bevarende funksjon i sin utøvelse av arbeidsoppgaver til pasienter med hjerneslag. Utfordringen er å ivareta disse funksjonene hos pasienten som opplever en livssituasjon preget av angst,

forvirring og fortvilelse (Lamb mfl., 2008). Sykepleierens rolle er derfor avhengig av sykdomsutfallet, og hvor hardt pasienten er rammet av sykdommen. I utgangspunktet har sykepleieren en støttende funksjon gjennom å skape tillit og trygghet hos pasienten, slik at vedkommende opprettholder håp som bidrar til å forebygge depresjon, samt opprettholdelsen av sitt sosiale nettverk. Sykepleierens funksjon er med andre ord å støtte pasienten slik at vedkommende kan styrke sitt selvilde, verdighet og integritet.

2 Metode

2.1 Beskrive metode

I denne delen av oppgaven blir valg av metode beskrevet, og fremgangen av hvordan det ble gjennomført systematisk. Jeg har valgt å benytte meg av litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen. Inklusjon- og eksklusjonskriterier bli introdusert i en tabell og blir belyst. Søkehistorikk er også skrevet ned i en søketabell. I den siste delen av dette kapitlet, beskriver jeg en analyse av valget forskningsartikler.

Metode er redskapet for å oppnå ny kunnskap, og hvordan vi går frem for å finne relevant informasjon som belyser oppgavens problemstilling. Litteratur er et viktig grunnlag for alle studier. Det er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til. Litteraturstudie er en studie basert på eksisterende vitenskapelige kilder. Dalland (2015, s. 79) beskriver litteraturstudier som *å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den, og til slutt sammensatte det hele*. Resultatet av datasamlingen i dette tilfelle vil være å finne ut hvordan det er å leve med hjerneslag. De relevante artiklene ble funnet gjennom systematiske litteratursøk. Jeg har valgt fagfelleverderte studier, og drøftet dette i denne bacheloroppgaven. Det ble også brukt artikler som ikke er eldre enn 10 år. Dette fordi nyere litteratur er mer oppdatert i lys av dagens situasjon. Jeg har videre brukt fagbøker og helsebiblioteket NTNU som støttelitteratur. Lovverk fra lovdata og yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, som er relevant for å drøfte i problemstillingen har også blitt brukt.

2.2 Inklusjons-og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for oppgaven er at artiklene ikke er eldre enn ti år gamle, og er nyere publisert mellom 2012-2022, som også er fagfelleverdert, baserer seg på forskning og har IMRAD-struktur. Det har blitt brukt både engelske- og norske tekster. Artiklene måtte være relevant for kunne å belyse problemstillingen, livet etter hjerneslag, fra utskrivelse fra sykehus til hjemme og videre. Det ble benyttet NDSs (Helsebiblioteket, 22)sjekklister fra Helsebiblioteket for å være trygg på et artiklene var publisert i anerkjente tidsskrift med publikasjonsnivå på 1.

Eksklusjonskriterier for oppgaven er at artiklene ikke skal ha målgruppen barn yngre enn ti år gammel (2012, barn under 18) og eldre som bor på sykehjem.

2.3 Søkehistorikk/søkestrategi

I denne oppgavedelen ble det brukt databaser som var tilgjengelige gjennom helsebiblioteket NTNU, som PubMed, CINAHL, SveMed, google scholar og orio.no. Det har også blitt brukt retningslinjer for rehabilitering av hjerneslag (WHO). Først ble søkeordene satt i et skjema der det ble brukt avansert søk, og deretter satte inn nøkkelordene med ulike kombinasjoner som ble skrevet i søkertallet. Det ble også brukt PubMed og CINAHL som omtrent viste samme og hadde mest relevante treff, det er også de databasene som jeg er best kjent med fra tidligere studier. Det ble også benyttet ornett.no og mesh.uia.no for å få riktig norsk fenomen fra engelsk.

2.4 Vurdering av utvalgte artiklene

Kildekritikk er gjort for å fastslå om en kilde har gyldighet. Dette ble gjort ved å vurdere og karakterisere de kildene som har blitt benyttet og om de besvarer tilstrekkelig på problemstillingen, både når det gjelder relevans og pålitelighet (Dalland, 2012) I søkeprosessen ble det lest gjennom overskrifter og sammendragene, da overskriftene skrevet <<hjerneslag>> for å sjekke om det er relevans til problemstillingen, det er viktig å vurdere hvor relevant studiet er i forhold til problemstilling. Det ble brukt sjekklister for om artiklene var fagfellevurdert. Tok også utgangspunkt i kvalitativ metode, for å fange opp mening og opplevelse (Dalland, 2012). Deretter ble det også brukt randomisert studie inkludert i litteraturstudiet. Det er fem kvalitative studier fra Norge, Sverige, København og New Zealand som er inkludert i dette studiet som er både kvalitativ og kvantitativ, og to randomisert studie, der den en fra USA og den andre fra Hong Kong. Studiet fra USA setter søkelys på hjemmebasert-intervensjon for pasienter med hjerneslag.

2.5 Søketablell

Database	Dato	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	25.april .2022	strokeOR stroke patient AND nursing role OR nursing care OR nursing support And Coping OR Motivation OR quality of life		58	B, G

SveMed+	30.april 2022	Stroke OR hjerneslag AND Mestring OR coping And Rehabilitating OR rehabilitation AND Sykepleier rolle OR nursing role	2012-2022		E
PubMed	08. mai. 2022	Stroke OR Stroke patient AND nursing role OR nersing care AND Coping OR Quality of life		34	D, F
Oria & Google Scholar	10.mai 2022	Nursing role AND Empowerment AND Stroke Patient AND Rehabilitation	2012-2022		A, C

- A. Bright, F. A. S., Kayes, N. M., McPherson, K. M., & Worrall, L. E. (2018). Engaging people experiencing communication disability in stroke rehabilitation: a qualitative study: Engaging people experiencing communication disability in stroke rehabilitation. *International journal of language & communication disorders*, 53(5), 981-994.
- B. Brunborg, B., & Ytrehus, S. (2014). Sense of well-being 10 years after stroke. *J Clin Nurs*, 23(7-8), 1055-1063.
- C. Kirkevold, M., Martinsen, R., Bronken, B. A., & Kvigne, K. (2014). Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination: a feasibility study. *BMC Psychology*, 2(1), 4.
- D. Ostwald, S. K., Godwin, K. M., Cron, S. G., Kelley, C. P., Hersch, G., & Davis, S. (2014). Home-based psychoeducational and mailed information programs for stroke-caregiving dyads post-discharge: a randomized trial. *Disabil Rehabil*, 36(1), 55-62.
- E. Pettersen, S., Bøe, M. G., & Haraldstad, K. (2017). Frisk, men likevel ikke som før: Slagrammedes erfaringer etter hjerneslag og trombolytisk behandling. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(2), 90-103.
- F. Sit, J. W., Chair, S. Y., Choi, K. C., Chan, C. W., Lee, D. T., Chan, A. W., Cheung, J. L., Tang, S. W., Chan, P. S., & Taylor-Piliae, R. E. (2016). Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*, 11, 1441-1450.
- G. Sundin, K., Pusa, S., Jonsson, C., Saveman, B. I., & Östlund, U. (2018). Envisioning the future as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 707-714.

2.6 Analyse

Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva utvalgte forskning har å fortelle (Dalland, 2013). I denne delen av oppgaven har jeg brukt (Evans, 2002) analysemodell, som inneholder fire trinn for analyse, samt fremstilling av data.

Trinn1: I trinn en ble det samlet inn aktuelle studier, som ble skrevet i et systematisk litteratursøk.

Trinn 2: I trinn to ble det identifisert de viktigste nøkkelordene for hver studie. Det ble lest gjennom hver artikkel og skrev deretter ned det som var relevant funn i henhold til problemstillingen.

Trinn 3: Nøkkelordene ble skrevet ned og videre sortert i hovedtemaer i sammenheng med andre studier. Dette var hjelpelig for bedre forståelse av problemstillingen.

Trinn 4: I det siste steget analyserte jeg resultatet i tre hovedpunkter: å skape tillit og trygghet, støtte den slagrammede og pårørende, og sykepleier intervensjon i rehabilitering.

3 Resultater

3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskning-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
(Bright et al., 2018) <i>Engaging people experiencing communication disability in stroke rehabilitation: a qualitative study: Engaging people experiencing communication disability in stroke rehabilitation.</i>	Styrke kommunikasjonsevne hos pasienten med afasi og kommunikasjonsforstyrrelser igjennom samtalestrategier. Og hvordan de håndterer og oppfatter sin egen og sine kommunikasjonspartnere.	En kvalitativ forskningstilnærming med semistrukturerte intervjuer. Datainnsamling og kvantitativ metode ble brukt. Det ble utført hjemme, 12 måneder etter hjerneslag inntraff. Studiet ble utført i New Zealand. Det ble undersøkt hvordan mennesker som opplever kommunikasjonsvaner og utøvere konseptualister og oppleve engasjement: og en observasjonsstudiet som undersøkte hvordan engasjement ble vedtatt i døgn- og	Praksisen ble underbygget av en relasjonell filosofi, og samsvar mellom deres filosofi, praksis og pasientens behov og prioriteringer.	Hvordan kommunikasjonsstrategier kan bidra den slagrammede til å gjenvinne en del av språkevnen. Og praktisere strategiene i hverdagsmiljøet er avgjørende for et vellykket resultat.

		hjemmebasert rehabilitering.		
Brunborg & Ytrehus, (2014) <i>Sense of well-being 10 years after stroke.</i>	Å beskrive faktorer som fremmer subjektivt velvære i et læringsperspektiv	Kvalitativ studie, dybdeintervjuer med ni personer som ble utført 10 år etter hjerneslaget. Det gjennomført i deltakerens eget hjem, eller utført på telefon. Utført i København. Dataene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett.	Selv om hjerneslaget hadde ført til et betydelig redusert funksjonsnivå, gav de fleste av deltakerne uttrykk for å ha tilpasset seg godt og å ha hatt positive holdninger til livet generelt. Samt akseptert livsendringene etter hjerneslaget. Til tross for funksjonshemninger hadde de nådd et nivå av forståelse og en livsstil som så ut til å være bra for dem. Egenomsorg, helse kunnskap, utholdenhet, en positiv måte å tenke på og oppmerksomhet fra familie og venner så ut til å være av enorm betydning for deres tilpasning og velvære.	Studie kan ha implikasjoner for klinisk praksis på rehabiliteringsfasen. Gi pasienter råd, veiledning og tilpasse bistanden etter hver enkeltes spesifikke situasjon. I tillegg skal pasientenes sosiale og økonomiske ressurser identifiseres.

<p>Kirkevold et al., (2014)</p> <p><i>Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination:</i></p>	<p>Brukt av dialogbasert intervensjon i praksis, som åpenbart har mye fordelen for pasienter med hjerneslag</p>	<p>Et kvalitativt studiedesign med intervju metode. Totalt 25 slagrammede deltok i studien i alderen mellom 33-89 år. Studiet er dialogbasert på en psykososial intervensjon mellom pasienter og helsepersonell. Det ble gjennomført i to ulike konsept, med individuelle og gruppemøter. Det ble utført i Norge.</p>	<p>Studiet viste at intervensjonene var behjelpelig til å håndtere situasjonen. Flere yngre pasienter var bekymret for jobb og økonomiske utfordringer. Og flere manglet informasjon og støtte fra deres familiemedlemmer.</p>	<p>Bruk av dialogbasert intervensjon som bidrar til å håndtere den nye situasjonen etter hjerneslag. I tillegg hjelp om hva deres mestringsutfordringer innebærer, støtte ved bruk av mestringsstrategier</p>
<p>(Ostwald et al., 2014)</p> <p><i>Home-based psychoeducational and mailed information programs for stroke-caregiving dyads post-discharge: a randomized trial.</i></p>	<p>Hvordan påvirker og forsterker mestring tillit på mobilitet, daglige aktiviteter, depresjon og livskvalitet hos hjerneslagpasienter</p>	<p>En randomisert studie, hjemmebasert tverrfaglig psykoedukasjon. Et intervensjonsprogram for både den slagrammede og deres ektefelle. Varighet over 6 måneder. Antall, 159 hjerneslagpasienter deltok. Helsestatus, depresjon, stress,</p>	<p>Både den hjemmebaserte intervensjon og den referansegruppe viste en betydelig generell økning av selvrappertert helsestatus og kognitivt, hukommelse, kommunikasjon sosial deltakelse og fysisk funksjon.</p>	<p>En sykepleie kan gjennom bruk av hjemmebaserte intervensjoner fremme en betydelig bedre både fysisk og psykisk helse hos hjerneslagpasienter og dere ektefelle.</p>

		belastning, mestring, støtte, gjensidighet og funksjon ble fremstilt på begge grupper. Studiet utført i USA.		
Pettersen et al.,(2017) <i>Frisk, men likevel ikke som før: Slagrammedes erfaringer etter hjerneslag og trombolytisk behandling.</i>	Hensikten med studie er å få økt kunnskap om slagrammedes erfaringer etter gjennomgått trombolytisk behandling ved akutt fasen. Og hvordan pasientens livskvalitet var påvirket, og på hvilken måte hjerneslaget hatt betydning for en ny livssituasjon/livsstil for å forebygge mot nye hjerneslag.	Denne studien benyttet både kvalitativ design og semistrukturert intervjuer med ni pasienten mellom 48-77 år gammel som har gjennomgått trombolytisk behandling. Studiet utført i Norge, og den har et kvalitativt design, og er inspirert av hermeneutisk tilnærming. Intervjuene ble gjennomført tre måneder etter hjerneslaget.	Studiens resultat viser at hjerneslag har påvirket livskvalitet til tross for at de ser fiske ut. Angst for nye hjerneslag preger også hverdagen. Videre har deltakerne savnet informasjon, og variert kunnskap om og evne til å forebygge av nye hjerneslag. Derfor det er veldig viktig å gi informasjon både til pasienten og pårørende, informasjonen må tilpasse for hver enkelt pasient.	Formidle informasjon/undervisning om kunnskap til den slagrammede, pårørende kan bidra til

<p>Sit et al., (2016) <i>Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial.</i></p>	<p>Å undersøke effekten av empowerment-intervensjonen på slagpasienters selveffektivitet, selvledelsesatferd og funksjonell utvinning.</p>	<p>det er en randomisert kontrollert studie og utført i Hong Kong. Totalt 419 pasienter ble screenet for kvalifisering. en sykepleierledet 13-ukers Health Empowerment Intervensjon for Stroke Self-management (HEISS) for å fremme pasienters indre ressurser (selveffektivitet) og sosiale-kontekstuelle ressurser (støttende relasjoner) for å forbedre selvledelse etter slag.</p>	<p>“Self-efficacy” beskrives menneskers tro på egne evne til å prestere og lykkes i en bestemt situasjon, det forberedes gjennom. Verbal kommunikasjon under “Empowerment-intervensjon” kan bidra til å motivere deltakerne jevnlig, på en forsiktig progressiv måte. Positiv oppmuntring og mestre en aktivitet og ved å observere andre som utføre en oppgave.</p>	<p>Sykepleier er en faglig støtte ved overgangen fra sykehus til hjem, gjennom kommunikasjon med den slagrammede og deres selvbehandling alternativ og støtte dem i håndtering pågående utfordringer mens de lever med nedsatt funksjonsevne.</p>
<p>(Sundin et al., 2018) <i>Envisioning the future as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke</i></p>	<p>Studien handler om å belyse hva personer med hjerneslag og deres familiemedlemmer snakker om i Family Health Conversations. Den setter søkelys på</p>	<p>En kvalitativ studie som består av samtaler med familier angående helse som ble utført i hjemme til syv familier, der den slagrammede var under 65 år etter rehabilitering og behandling. Studier utført i Sverige. Det</p>	<p>Gjennom helsesamtalene fikk familiemedlemmer anledning til å fortelle om deres historie, tanker, bekymringer og håp. De greide å uttrykke hvordan de føler seg, og hva ambisjonen deres var. Artikkelen slo fast at</p>	<p>Familiehelsesamtaler gjør det mulig for en sykepleier å gjennomføre en familerefleksjon og plasserer en familie i konsentrasjon. Er relevant for sykepleieren i samhandling med</p>

		har vært gjennomført tre samtaler annenhver uke, siste samtalene ble tatt opp. Opptakene sammen med sluttbrevne ble transkribert og evaluert.	familiestøtte er viktig for egen utføring av fremtidige planer til pasienten.	pårørende og kjenne til familiens funksjon, behovet for bredere bruk av familiesamtaler for å støtte den slagrammede og deres familier for å håndtere fremtiden.
--	--	---	---	--

3.2 Resultater av mulige artikler

Totalt 7 artikler ble inkludert i denne litteraturstudie. Artikkene er presentert i figuren Artikkelmatrikse 3.1. Studiene viste opplevelsen av samhandling mellom sykepleier, den slagrammede og deres pårørende av kommunikasjonsstrategier i rehabiliteringsprosessen. Betydning av informasjon, rådgivning og veiledning, for å minske pasientens stress over å få et hjerneslag senere. Betydningen av støtte er særlig viktig både den slagrammede og pårørende, særlig når rehabilitering foregår i hjemme. Betydning av fysisk aktivitet for å forebygge depresjon, viser en klar sammenheng med det å kunne leve optimalt med god livskvalitet selv med kronisk sykdom.

3.3 Å skape tillit og trygghet

Artikkene Bright (et, al 2018) og Sundin (et, al 2018) peker på viktigheten av det å skape tillit og trygghet hos den slagrammede. Kommunikasjon og hjemmemiljøet er viktige faktorer. Bright (et, al 2018) peker særlig på kommunikasjon som en nøkkelfaktor for mellommenneskelige forbindelser til å bygge tillit hos pasienten. Gjennom å skape en relasjon med den slagrammede pasienten, vil et fundament for trygghet og videre interaksjon etableres. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten blir i stor grad utviklet gjennom ikke-verbal kommunikasjon og ved aktiv lytting.

I annen artikkel rapporterte pasienter at de kunne gjennomføre sine rehabiliterings øvelser i form av fysisk aktivitet i hjemmet med riktige hjelpeverktøy som bidro til deres trygghet i den nye livssituasjonen. Og med interaksjoner som bidro også til trygghet og håp for fremtiden (Sundin; et, al 2018).

3.4 Støtte den slagrammede og pårørende

Flere studier kommer inn på viktigheten av sosial støtte for å opprettholde psykososialt nettverk. Slagrammede reflektere rundt det å ha familiemedlemmer og venner som bidrar til å ha en verdifull hverdag. Dette virker oppmuntrende for fremtiden. Det ble også oppfattet at det er viktig å støtte og oppmuntre til fysisk aktivitet i rehabiliteringsperioden (Sundin; et, al 2018). I en annen studie viste pasientperspektivet at deltakelse i en psykososial intervensjon i form av dialog eller samtale, der slagpasienten fikk mulighet til å dele sine erfaringer fra å leve med slag både i gruppe og individuelt, var nyttig og gav etterlengtet støtte i deres forsøk på mestring (Martinse og Kirkevold, 2014). En annen studie fremhever betydningen av den psykososiale funksjonen som fremmer bedre helse etter utskrivning fra sykehus til deres hjem.

I Ostwald (et; al 2013) påpekes det hjemmebasert intervensjon, med god informasjon, støtte, fellesskap og kobling i en tverrfaglig samhandling, som vil gi helsegevinst for pasienten. Kognitive ferdigheter i denne intervensjonsgruppen var betydelig økt. Personer med hjerneslag beskriver at det ikke var mulig gå tilbake i jobb, fordi de ikke var i stand til å fungere som før hjerneslaget. Støtte og motivasjon gav håp for pasienten til å komme videre i sin arbeidskarriere (Sundin; et, al). Sundin (2018) påpeker at familiene til pasientene hadde ikke bekymringer for fremtiden og deres muligheter og evner til å sørge den slagrammede.

3.5 Helsefremmende sykepleie

I flere studier fremheves viktigheten av informasjon, veiledning og rådgivning frem som helsefremmende for blant annet slagrammede pasienter. I Martinsen og Kirkevold (2014) sin studie viser deltakerne mangel på individualisert informasjon og støtte om slagbehandling, og inkludering av deres familier. I Ytrehus (2013) sin studie rapporterer deltakerne hovedsakelig at de var fornøyde med resultatet fra rehabiliteringen, 10 år etter hjerneslag. Noen av de slagrammede rapporterte at selv om de levde med nedsatt funksjonsevne, hadde de tilpasset seg godt og hadde en positiv holdning til livet. Én informant forteller at hun syntes synd på seg selv og holdt seg i sengen for det meste av dagen til en kommunesykepleier besøkte henne og

veiledet henne i viktigheten av små og realistiske mål. Hun understreket at slike oppmerksomhet og formell veiledning hjalp henne til å begynne å trene (Ytrehus, 2013).

I (Pettersen et al., 2017)sin studie fortalte flere deltakere at hjerneslag har medført endringer på flere områder i livene deres, både fysisk, psykisk og sosialt. I en artikkel uttrykte noen av deltakerne om at de savnet og fikk ingen informasjon om hvordan nye hjerneslag kan forebygges, mens i samme studie gav flere deltakere uttrykk for at hjerneslag på en eller annen måte var blitt en tankevekker som førte til at de ble mer bevisste på egen livsstil. En sykepleier kan ha begrensede kommunikasjonsferdigheter, og bruk av medisinske ord og uttrykk kan også hindre forståelsen av informasjonen som gis.

Artikkelen Whwt (al 2016) fremhever pasientenes helsefremming gjennom myndiggjøring (Empowerment) som en viktig faktor. Fokuset her er at sykepleieren gir hjerneslagpasienten myndighet til kunnskap om ferdighetene for å håndtere sin egen selvpleie. Det er mye god helse i myndiggjøring (Empowerment) ved å fremheve den slagrammedes tro på egen mestring, som gjør vedkommende i stand til å spille selv en aktiv rolle i håndteringen av egen helse. Dette gjøres best gjennom å påvirke hendelser som har effekt på deres liv i deres rehabiliteringsprosess etter hjerneslag.

4 Diskusjon

4.1 Innledning

I denne diskusjonsdelen av oppgaven vil jeg drøfte temaer og funn fra resultatene, der jeg knytter disse opp mot problemstillingen som et utgangspunkt. Funnene vil jeg ta opp og knytte til problemstilling:

Hvordan sykepleieren kan støtte slagrammede pasienter til å mestre å leve med sykdommen?

4.2 Å skape tillit og trygghet

Formålet med kommunikasjonsteknikker for sykepleiere handler om at rehabiliteringen skal være meningsfull for pasienten, målet er *å lære den syke å kjenne, å forstå og ivareta den sykes behov, og å oppfylle sykepleiers mål og hensikt (Eide et al., 2017)*. En sykepleier oppfylder målet med interaksjon gjennom etablering av en relasjon med sin pasient. Gjennom samhandling og kommunikasjon oppnås de ferdighetene og evner som er nødvendige for å etablere et forhold mellom sykepleier og pasient. Da for også sykepleieren kunnskap og kompetanse om hva det innebærer for pasienten å være i rehabilitering (Travelbee, 2017, s139-140).

Teksten Bright; et, al (2018) diskuterer hvordan det er å engasjere den slagrammede i relasjonsarbeid gjennom interaksjoner. Først og fremst handler det om å bli kjent med den slagrammede. Dette gjøres best gjennom å demonstrere respekt for pasientens autonomi. Det er viktig å se pasienten som et selvstendig individ og ikke som sykdommen eller situasjonen pasienten er rammet av. Bruk av kommunikasjonsstrategier som verbal- og nonverbal kommunikasjon, supplerende kommunikasjon som tegn, relasjonell dialog og aktiv lytting, gjør dialogen mer meningsfull for den slagrammede som opplever kommunikasjonsvansker etter hjerneslag. Dette er med på å underbygge filosofien om den relasjonelle kommunikasjonsformen med pasienter. Motiverende kommunikasjon er en nøkkel til å hjelpe personer som har mestringsutfordringer etter hjerneslaget, der de plutselig er knyttet til rehabilitering etter et brått funksjonsfall eller til det å mestre en hverdag som hjemmeboende etter en hendelse (Eide & Eide, 2016, s. 55)

Kommunikasjon i dette tilfelle er en gjensidig prosess mellom en sykepleier og en pasient, der først nevnte skal gi informasjon, og bistår den slagrammede og dere familie eller pårørende til få hjelp i rehabiliteringsperioden (Travelbee, 2017, s 137). Studiet i artikkel Sundin; et, al (2018), viser at det kan være ekstremt vanskelig å tilpasse seg etter et slag. Endringer i motorisk funksjon er en faktor som kan ha særlig negativt innvirkning på pasientens opplevelse av stress i den nye livssituasjonen. Det belyses hvor viktig kommunikasjon blant nære relasjoner er for å støtte både den slagrammede, men også den pårørende selv. Spesielt samtaler om ressurser og mestringsmekanismer, som den slagrammede og familien kan bruke i fremtiden når det er vanskelig, er her i fokus. Disse mestringsstrategier anses som svært nyttige, der de understreker om hvor stor overbevisning har innvirkning på pasientens forventninger til egen utvikling. Dette omtales i artikkelen både som tilrettelegging, og begrensninger hos pasienten. Når pleie bidrar til å legge til rette for god støtte og kjærlighet fra pårørende, vil pasientens helsegevinst fremmes, og det vil bidra til å redusere lidelse. Begrensende kommunikasjon i familien kan derimot ha motsatt effekt, det vil si redusert mulighet til å finne løsninger som kan hjelpe å fremme god psykisk helse, og dermed økt lidelse.

En sykepleier må lytte aktivt, bruke sine kommunikasjonsferdigheter til å legge til rette for tillit og trygghet, slik at fokuspasjonen våger å vedstå seg og reflektere rundt sine opplevelser og erfaringer (Tveiten, 2008) Bright et, al (2018) påpeker at kommunikasjon er en nøkkelfaktor for mellommenneskelige forbindelser til å bygge tillit hos pasienten. Gjennom å skape en relasjon med den slagrammede pasienten, vil et fundament for trygghet og interaksjon videre etableres. Relasjonen mellom en sykepleier og pasient blir i stor grad utviklet gjennom non-verbal kommunikasjon, som berøring, kroppsstilling, latter og øyekontakt. Det formidler en følelse av interesse for pasienten som blir anerkjent som et viktig bidrag i relasjonen (Travelbee, 2017, s. 154). I enkelte tilfeller kan nonverbale- kommunikasjonsmetoder være mer lettere for pasienten å forstå enn verbal kommunikasjon. Aktiv lytting er en viktig del av denne relasjonsbyggingen, og avgjørende for å involvere pasienter i rehabiliteringsprosessen. Dette vil bidra til pasientens opplevelse av å bli hørt og sett.

4.3 Støtte den slagrammede og pårørende

Kirkevold (2010) viser at sykepleiere har en betydningsfull rolle i rehabiliteringsteamet. En sentral oppgave er å bidra til å styrke pasientens håp og livsmotet, samt å bidra til myndiggjøring gjennom brukermedvirkning og metoder for mestring. Mens Hoeman (2008)

omtaler sykepleierens funksjon som en viktig faktor for å støtte personer i å oppnå eller vedlikeholde livsmotet (Kristoffersen, 2016a)

En viktig funn i flere studier (Sundin; et al., 2018;) er støtte fra familie. Dette ble fremhevet som avgjørende for en tilfredsstillende håndtering av fremtidige situasjoner sammen med den slagrammede. Viktigheten av pasienters involvering i behandlingen er yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Disse påpeker i første ledd at en sykepleier har plikt til å involvere pasienten og gi innflytelsesmulighet, som vil ivareta den enkelte pasientens verdighet og integritet. Det vil si retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (Kristoffersen, 2016a) Dette innebærer at den slagrammede må bli møtt med respekt.

I studiet Sundin; et, al (2018) viste den slagrammede at det å fortelle om sine erfaringer og situasjoner etter hendelsen, og uttrykk sine følelser, bekymringer, tap, håp og ønsker for fremtiden innenfor konteksten av familiesamtaler, hadde stor helsegevinst. Støtte i familien ble også fremhevet av Ostwald, et; al (2013) som avgjørende for en tilfredsstillende håndtering av fremtidige situasjoner sammen med den slagrammede. I en annen studie rapporterer ektefeller at økt evne til å mobilisere familien og deres støtte og sosial kontakt, gav nedgang av depresjon. Pårørende er en nøkkelfaktor i å støtte den slagrammede, og det er derfor viktig å motivere de til å opprettholde sosialt nettverk som er en viktig del av deres liv. En sykepleier må utfordre og motivere pårørende gjennom veiledning, informasjon og støtte for å skape bedre psykisk helse, samt styrke deres ressurser til å mestre vanskeligheter i hverdagen.

4.4 Helsefremmende sykepleier

I (Sit et al., 2016) studiet var rettet mot en sykepleierledet 13-ukers helse myndiggjøring (Empowerment-Intervensjon) for hjerneslag mestringssevne (Self-management) for å fremme pasienters indre ressurser (selv effektivitet), sosiale-kontekstuelle ressurser (støttende relasjoner) og for å forbedre selvledelse etter slag. Ifølge Kristoffersen (Kristoffersen, 2016b) har sykepleieren en viktig rolle og funksjon gjennom myndiggjøring (Empowerment), styrke pasientens egne ressurser og utvikle kompetanse til å gjennomføre livsendringer etter en sykdom.

Fysisk aktivitet oppfattes som en viktig kilde til å fremme helse (Sundin; et, al, 2018). Kategorier som ble tatt her sammen med den slagrammede var følelse av trygghet som fremmer omstilling til den nye direkte forandringer, gjennom å ha fysisk aktivitet i form av øvelse som

er tilpasset den enkelte med riktige hjelpeverktøy. I (helsedirektoratet, Mai.2022) påpeker en målsetting for bedre helse blant den norske befolkningen, er å ha en sykepleier som har en viktig rolle i å veilede pasienten om fysisk aktivitet, samt støtte og motivere til fysisk aktivitet. Det kan også ha positiv påvirkning for å få bedre søvnkvalitet, redusere angst, og ha middelbare positive effekter på hjernen som kan blant annet medføre til bedre oppmerksomhet, økt planlegging i hverdagen, følelsesregulering og ikke minst en god effekt på blodsukkerregulering og redusere blodtrykk for pasienten (Helsedirektoratet, 2022). Fysisk aktivitet bidrar også til å forebygge sosial isolasjon for pasienter med eventuelle depresjonsepisoder, og kognitive funksjoner som kan forbedres etter en sykdom (Kristoffersen, 2016b)

Forskning viser at sosial støtte og sosial deltakelse har en betydelig effekt på psykisk helse, der sosial støtte styrker mestringsevnen (Kurtze et al., 2015). I Sundin (2018) fremheves generelt sosiale interaksjoner som kan bidra til trygghet og håp for fremtiden. Venner og familiemedlemmer ble også oppfattet å støtte og oppmuntre til trening og rehabilitering. Forskning viser at en sykepleier har en viktig rolle i å gi pasienten emosjonell støtte (Helgesen, 2016). Sundin (2018) viser også at den slagrammedes planer for fremtiden i støtte, håp og motivasjon, var hovedsakelig det de også ønsket å gjøre før hjerneslaget. Samt å holde drømmer i livet, var en sterk motivasjon for trenings hverdagen og bidro til deres fremtidshåp. En sykepleier skal med metoder for motiverende veiledning kunne hjelpe til å styrke pasientens mestringsfølelse og mestringsevne. Kommunikasjon bidrar til å styrke pasientens indre motivasjon for endring (Eide & Eide, 2016)

Kristoffersen (2016) vektlegger å gi støtte gjennom veiledning. Det er en viktig metode for både pårørende og den slagrammede som har behov for bistand til å klargjøre sine egne verdier og sette nye mål som er grunnlaget for livsstilsendringer. For eksempel økt fysisk aktivitet og behov for støtte og oppmuntring fra noen som bidrar til å opprettholde atferden og vedlikeholde motivasjonen. I Sundin et, al (2018) studie fremheves pårørendes motivasjon i veiledningen, informasjon og støtte for å skape bedre psykisk helse, gjennom styrke deres ressurser til å mestre vanskeligheter i den nye situasjonen. Den støtten som den slagrammede får når deres familie ivaretar sterk mental støtte har stor betydning for rehabiliteringen. Pårørende er en viktig nøkkel til å støtte den slagrammede, derfor er det viktig å motivere til å opprettholde sosialt nettverk som er en viktig del av deres liv.

En annen studie fremmer at flere av deltakerne hadde utfordringer med å håndtere sine ukjente nye livssituasjonen etter hjerneslaget. Utfordringer som de kjempet imot varierte mye, fra å utføre daglige aktiviteter og løse praktiske problemer, til å forstå og komme overens med sine egne emosjonelle reaksjoner. Dette før de benytte seg av psykososiale intervensjoner (Kirkevold et al., 2014). Hensikten med veiledningen er at mestringskompetanse styrkes gjennom oppdagelse og læring (Tveiten; 2008, s.80). I studiene til Martinsen et, al (2014) og Ostwald, et; al (2013) påpekes det at en sykepleier skal ha kunnskap om informasjonsferdigheter, som blant annet hva pasienten trenger av informasjon, og bruk av ord og begreper som pasienten forstår. Det er et viktig mål at pasienter skal kunne mestre situasjonen bedre og bli så selvhjulpne som mulig. Det kommer frem noen nyttige elementer som er brukt sammen med den slagrammede pasienten. De handler blant annet om å undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap. Deretter å skaffe informasjon, planlegge og identifisere mål, og inngå dialog. Det å informere på en god måte, vil handle om å etablere en dialog for samhandling (Eide, Eide, 2016), som også understrekes i studiet fra Ostwald, et; al (2013). Den hjemmebaserte intervensjon viste betydelig bedring i fysisk og psykisk helse for pasienten. Pasienten har rettigheter til å få helsehjelp i henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter, og dette kommer tydelig frem om at *pasientens mulighet til å ta selvstendig avgjørelse er avhengige av tilstrekkelig relevant og tilpasset informasjon* (Eide & Eide, 2016).

I Ostwald, et; al (2013) sin studie viste begge gruppene, både ved hjemmebasert intervensjon, inkludert støtte, informasjon, felles koblingsskap og ved informasjonsgruppe betydelig reduksjon i depresjon, nedgang i stress og rapporterte på sin egen helsestatus i løpet av siste 12 måneder. Intervensjon ble utført av en tverrfaglig samhandlingsgruppe. I rehabilitering perioden var tverrfaglig samhandling en viktig komponent for å fremme helse hos den slagrammede. Deres forpliktelser til nye roller og aktiviteter kan dermed ha en positiv effekt og anses som en nøkkelfaktor for god rehabilitering etter hjerneslag. Informantenes velvilje og positive holdninger til å skape nødvendige endringer etter hjerneslag er også fremhevet i denne artikkelen (Ytrehus, 2013).

I studiet av (Pettersen et al., 2017) vises det til at hjerneslag har påvirket livskvalitet til tross for at pasienter kan se friske ut etter ti år. Angst for nye hjerneslag preger også hverdagen. Videre har deltakerne savnet informasjon, og variert kunnskap om og evne til å forebygge nye hjerneslag. Derfor det er veldig viktig å gi informasjon både til pasienten og pårørende, informasjonen må tilpasses til hver enkelt pasient.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere påpeker i første ledd at en sykepleier har plikt til å involvere pasienten og gi innflytelse. Sykepleieren har ansvar for å ivareta den enkelte pasientens verdigheter og integritet, herunder retten til fagligforsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (Kristoffersen, 2016a) Dette innebærer at den slagrammede bør bli møtte med respekt. En sykepleier kan dermed motivere pasienten gjennom sin kunnskap og ferdigheter i praksis. Motivasjon er også en viktig faktor for bedre mestring gjennom bruk av pasientens ressurser, og forsterker pasientene aktivt i rehabiliteringsprosessen. I studiet til Martinsen og Kirkevold (2014) var det også understreket viktigheten av å bli støttet av helsepersonell gjennom en vanskelig tid, og det å ikke være alene i de vanskelige periodene. Dialogbasert intervensjon bidro derfor til å øke pasientens forståelse av sykdommen og styrke til å håndtere å leve med nedsatt funksjonsevne. Disse dialog samtalene hjalp de slagrammede med å få klarhet i hva mestringsutfordringene innebærer, forklaring om mestring, om muligheter, støtte gjennom mestringsstrategier, og ved uventede situasjoner.

I Ostwald, et; al (2013) sin studie viser intervensjonsperioden at det var betydelig økning i kognitive ferdigheter, men også motoriske, hukommelse, kommunikasjon, sosial deltakelse og fysisk evne. Dette var tilfredsstillende for hjerneslag pasienter. Sammenlignet med andre studier om psykososial intervensjon, gav studien best resultat, der førstnevnte viste betydelig økning i depresjon. I Ostwalts tekst (2013) deltar omsorgspersoner og den slagrammede pasienten i et psykoedukativt program. Begge gruppene viser mindre tegn til depresjon og stress over tid. Sammenlignet med referansegruppen, viste gruppen med slagrammede i den hjemmebaserte gruppen betydelig forbedret selvrapportert helse og kognitiv funksjon. Rapportens viktigste funn er at omsorgspersoner viste signifikant forbedrede selvrapporterte helse- og mestringsstrategier. Gjensidighet og sosial støtte avtok i begge gruppene. I løpet av oppfølgingsperiode ble det sett signifikante generelle økning i deres motoriske og kognitive ferdigheter. Dette gjelder også for ferdigheter innen hukommelse, kommunikasjon, sosial deltakelse og fysisk aktivitet. Dette hadde også god innvirkning for pleiers stell hos pasienten. Det vises til en reduksjon i behovet for omsorgsrelasjon mellom omsorgspersoner og den slagrammede pasienten.

Artikkelen til (Brunborg & Ytrehus, 2014), med 10 år etter hjerneslag har informantene gjort det bra. Artikkelen fremhever imidlertid at de ikke har gjenvunnet tidligere funksjonsnivå eller livsstil, men det er en tilpasning som har inkludert både fysiske og kognitive endringer. Og den

viser hvordan informantene har nådd et nivå av aksept og forståelse for livsstil som i dag anses som meningsfullt for dem. Dette er ikke bare endringer når det gjelder emosjonell karakter, men også endringer i livsstil, vaner og nye aktiviteter som de kan delta i, til tross for at de er rammet av slag. Deres forpliktelser til nye roller og aktiviteter kan dermed ha en positiv effekt og anses som en nøkkelfaktor for god rehabilitering etter hjerneslag. Informantenes velvilje og positive holdninger til å skape de nødvendige endringene etter hjerneslaget er også fremhevet i denne artikkelen. Denne forståelsen av nødvendige endringer kalles høy helsekompetanse. Høy helsekompetanse innebærer å ha kunnskap om nødvendige livsstilsendringer og sette disse til verks, slik som informantene hadde i denne artikkelen. Dette fremheves av informantene som et viktig bidrag til deres rehabilitering etter hjerneslaget. Her understrekes kunnskap om betydningen av aktiviteter og endringer i livsstil, samt rådgivning som viktige elementer.

4.5 Implikasjoner for sykepleier

Mine funn viser følgende viktige elementer; sykepleiernes kompetanse og ferdigheter om samhandling med den slagrammede i rehabiliteringsprosessen for å mestre helse utfordringer, samt pasientenes perspektiv om hvordan de selv opplevde sykepleieren under prosessen. Flere forsknings artikler som omhandler kommunikasjon, mestring, fysisk aktivitet, informasjon og veiledning, viser å kunne fremme helse hos slagrammede i å takle å leve med kronisk sykdom. Det ble valgt to databaser PubMed og Cinahl som mest relevant, samt at jeg var kjent med disse artiklene fra tidligere.

4.6 Metoderefleksjon

En svakhet i denne oppgaven er at det har blitt brukt veldig mye tid for å finne relevante studier som kan belyse problemstilling. De fleste nyere forskning handler om hvordan pårørende skal ivaretas, etter at deres familiemedlem er rammet av et slag. Likevel har det vært en del forskning rundt sykepleierne, som blant annet «sykepleier rolle i rehabilitering» og «sykepleier intervensjoner i rehabilitering», som har vært relevant for å belyse problemstillingen. Det har særlig vært utfordrende for meg, som har et annet språklig bakgrunn enn engelsk og norsk. Det har blitt brukt ca. tolv timer daglig for å skrive en god bacheloroppgave.

Endnote er brukt som kildeverktøy, som også var en svakhet hos meg, siden jeg ikke hadde nok kompetanse rundt med kildehenvisning og det å referere i teksten. Det kan derfor være mulige feil/mangel på referanseverktøy.

4.7 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien har vært å fordype seg om hvilke utfordringer sykepleiernes støttende funksjon har for pasienter som skal mestre å leve med nedsatt funksjon etter hjerneslag.

Kommunikasjon er en av de viktigste faktorene i samhandlingen med den slagrammede pasienten, særlig når de har språkvanskeligheter. Gjennom nonverbal-kommunikasjon og aktiv lytting vil hjerneslag pasienter føle seg anerkjent som et menneske, og bli involvert i rehabiliteringsprosessen med selvbestemmelse og Empowerment. Dette vil bidra til at pasientene får økt vilje i å være selvdeltakende i rehabiliteringen, samt en økning i mestringsevnen til å utføre de dagligdagse aktivitetene i form av fysiske øvelser. For mange har fysisk aktivitet vært viktig for fremtiden og det å kunne mestre å leve med sykdommen til tross for nedsatt funksjonsevne.

Videre er det svært viktig for slag pasienten å få støtte både fra helsepersonell og pårørende som vil bidra til økt mestringsevne for å kunne delta i sosial deltakelse og opprettholde sosialt nettverk etter hjerneslaget. Dette vil føre til reduksjon av depresjon og økt god psykisk helse. En sykepleier skal derfor involvere pårørende i rehabiliteringsprosessen etter pasienten vilje og ønske, fordi pårørende er en viktig faktor i prosessen, noe som igjen vil bidra til å forsterke pasienter motivasjon.

4.8 Referanser

- Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie : 2* (5. utg. ed., Vol. 2). Gyldendal akademisk.
- Bright, F. A. S., Kayes, N. M., McPherson, K. M., & Worrall, L. E. (2018). Engaging people experiencing communication disability in stroke rehabilitation: a qualitative study: Engaging people experiencing communication disability in stroke rehabilitation. *International journal of language & communication disorders*, 53(5), 981-994. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12409>
- Brunborg, B., & Ytrehus, S. (2014). Sense of well-being 10 years after stroke. *J Clin Nurs*, 23(7-8), 1055-1063. <https://doi.org/10.1111/jocn.12324>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H., Eide, T., & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2). <https://doi.org/10.3316/ielapa.405497388325103>
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg. ed.). Fagbokforl.
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2012). *Norsk hjerneslagregister*. <https://helsedata.no/no/forvaltere/folkehelseinstituttet/norsk-hjerneslagregister/>
- Gammersvik, Å., & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (2. utg. ed.). Fagbokforl.
- Helsebiblioteket. (22). Sjekklister. Helsebiblioteket. (2016). Sjekklister. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. /kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister
- helsedirektoratet. (Mai.2022). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, . <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken#referere>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg. ed.). Ad notam Gyldendal.
- Kirkevold, M., Martinsen, R., Bronken, B. A., & Kvigne, K. (2014). Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination: a feasibility study. *BMC Psychology*, 2(1), 4. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-4>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg. ed., Vol. b. 1). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg. ed., Vol. b. 3). Gyldendal akademisk.
- Kurtze, N., Nøkleby, H., & Berg, R. C. (2015). *Effekt av tiltak i bo- og nærmiljøer for å fremme sosial kontakt, sosiale nettverk og sosial støtte* (30). Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2015/effekt-av-tiltak-i-bo--og-narmiljoer-for-a-fremme-sosial-kontakt-sosiale-ne/>
- Ostwald, S. K., Godwin, K. M., Cron, S. G., Kelley, C. P., Hersch, G., & Davis, S. (2014). Home-based psychoeducational and mailed information programs for stroke-caregiving dyads post-discharge: a randomized trial. *Disabil Rehabil*, 36(1), 55-62. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.777806>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Pettersen, S., Bøe, M. G., & Haraldstad, K. (2017). Frisk, men likevel ikke som før: Slagrammedes erfaringer etter hjerneslag og trombolytisk behandling. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(2), 90-103. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-02-02>
- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal akademisk.
- Sit, J. W. H., Chair, S. Y., Choi, K. C., Chan, C. W. H., Lee, D. T. F., Chan, A. W. K., Cheung, J. L. K., Tang, S. W., Chan, P. S., & Taylor-Piliae, R. E. (2016). Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*, 11, 1441-1450. <https://doi.org/10.2147/CIA.S109560>
- Sundin, K., Pusa, S., Jonsson, C., Saveman, B. I., & Östlund, U. (2018). Envisioning the future as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 707-714. <https://doi.org/10.1111/scs.12501>
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg. ed.). Fagbokforl.

