

Bacheloroppgave

SY 301813 Sykepleie VI- Del 2 (Bacheloroppgave)
Pårørende til hjerneslagoverlevende

518 og 510

Totalt antall sider inkludert forsiden: 57 sider

Antall ord: 8645

Innlevert Ålesund, 06/03-2015

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens studieforskrift §30	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 studiepoeng

Veileder: Hovedveileder: Tove Bjørnland Vadset. Biveileder: Solveig Giske

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiÅ med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 04. mars 2015

Sammendrag/abstract

Bakgrunn: I Norge rammes omkring 14.000 – 15.000 personer av hjerneslag årlig. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsak og den vanligste årsak til alvorlig funksjonshemming. Pårørende tar hovedansvaret så lenge den hjerneslagoverlevende bor hjemme. Selv om mange får hjelp fra hjemmetjenesten, er det pårørende som har den kontinuerlige kontakten.

Hensikt: Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hvordan pårørende av hjerneslagrammede opplever tiden etter utskrivelse fra sykehuset.

Metode: En systematisk litteraturstudie ble gjennomført og åtte ulike artikler er analysert.

Resultat: Ektefeller opplevde mange psykososiale endringer ved hjemkomst av den hjerneslagoverlevende. Mange opplevde at de ble tvunget inn i ansvaret og rollen som sykepleier eller mor og følte seg mindre som en ektefelle. Endring av den hjerneslagoverlevendes personlighet var også en psykisk påkjenning. Frykten for et nytt hjerneslag, økonomiske utfordringer, jobbendringer, omsorgsrollen, manglende oppfølging og søvnforstyrrelser var en klar kilde til bekymring. Mange ektefeller var bekymret for egen helse, da egenomsorg for mange var det siste elementet på listen over daglige oppgaver. Etter hvert opplevde ektefeller å måtte orientere seg mot en ny fremtid og se positivt på livet.

Konklusjon: Ektefeller har både positive og negative opplevelser ved å ha en hjemmeboende hjerneslagoverlevende. Funnene viser at de opplevde en krise ved utskrivelse og at de videre opplevde mange psykososiale endringer på veien. Etter hvert orienterer de fleste seg mot en ny fremtid og ser positivt på livet. Det er viktig for hjemmesykepleier å fokusere på ektefellen også, da de i like stor grad blir påvirket av situasjonen.

Background: In Norway 14.000- 15.000 people is affected by stroke every year. Stroke is the third leading cause of death and the most common cause of disability. Relatives are experiencing main responsibility while the stroke survivors living at home. Although many receive help from the home service, it's the families who have continuous contact.

Purpose: The purpose of this article is to investigate how the spouses of stroke victims experience time after discharge from hospital.

Method: A systematic literature review was conducted and eight different articles were analyzed.

Result: Spouses experienced many psychosocial changes at homecoming of the stroke survivor. Many felt that they were forced into responsibility and role of nurse or mother and felt less like a spouse. Changing in the stroke survivor's personality was also a psychological strain. Fears of a new stroke, economic challenges, job situation, caretaking role, lack of support and sleep disturbances were a source of concern. Many spouses were concerned about their own health when self-care for many was the last item on the list of daily tasks. Eventually spouses had to orient themselves towards a new future and to try to see the positive of life.

Conclusion: Spouses have many positive and negative experiences by having a stroke survivor at home. The findings show that they are experiencing a crisis at discharge and that they further experience many psychosocial changes on the road. Eventually spouses have to orient themselves towards a new future and to try to see the positive of life. It is important for nurses who work in home care to also focus on the spouse of the stroke survivor because they are equally affected by the situation.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avklaring av viktige begrep i problemstillingen	1
1.4 Avgrensing og presisering.....	2
1.5 Oppgavens oppbygning	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Hjerneslag	3
2.1.1 Livet etter hjerneslag.....	3
2.2 Kriseteori	4
2.3 Hjemmesykepleiers rolle.....	4
2.4 Kommunikasjon	5
2.5 Mestring	6
3.0 Metodebeskrivelse	7
3.1 Datainnsamling	7
3.1.1 Søkestrategi med valg av søkeord og databaser.....	7
3.1.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier	9
3.1.3 Kvalitetsvurdering	9
3.1.4 Ethiske vurderinger.....	9
3.2 Dataanalyse	10
4.0 Resultat	12
4.1 Ektefeller opplevde psykososiale endringer.....	12
4.1.1 Fra ektefelle til omsorgsperson	12
4.1.2 Å leve med en fremmed	13
4.1.3 Den ufutsigbare hverdagen	14
4.1.4 Egenomsorg	15
4.1.5 Grad av uførhet påvirket grad av belastning	15
4.2 Ektefeller opplevde å måtte orientere seg mot en ny fremtid	16
4.2.1 Fornyelse av familielivet og en annerledes fremtid	16
4.2.2 Nærvær av hjemmetjenesten, venner og slektninger	17
4.2.3 Tilpasse seg hverdagen og se positivt på livet	17
5.0 Diskusjon	19
5.1 Metodediskusjon.....	19
5.2 Resultatdiskusjon	21
5.2.1 Psykososiale endringer.....	21
5.2.2 Orienter seg mot en ny fremtid.....	24
6.0 Konklusjon	27
6.1 Konklusjon	27
6.2 Konsekvenser for praksis	27
6.3 Forslag til videre forskning	28
7.0 Litteraturliste	29

VEDLEGG 1: Søkehistorikk

VEDLEGG 2: Litteraturmatriser

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt

Temaet for denne oppgaven er pårørende til hjemmeboende hjerneslagoverlevende. I Norge rammes omkring 14.000 – 15.000 personer av hjerneslag årlig. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsak og den vanligste årsak til alvorlig funksjonshemming (Indredavik 2004: 125). Pårørende tar hovedansvaret så lenge den hjerneslagoverlevende bor hjemme. Selv om mange får hjelp fra hjemmetjenesten som gjør det meste av konkrete pleieoppgaver, er det pårørende som har den kontinuerlige kontakten. De føler også et ansvar i å se til at den hjerneslagoverlevende får det han / hun trenger (Kirkevold 2008: 132). Fra et sykepleiefaglig ståsted vil utfordringene ved hjerneslag være store og sammensatte. Håndteringen av sykdommen og dagliglivets funksjoner vil være viktige sykepleieoppgaver utover i forløpet. Et hjerneslag kan medføre store endringer både akutt og på lengre sikt både for pasient og pårørende (Kirkevold 2008: 414).

Opgavens hensikt er å undersøke hvordan pårørende av hjerneslagrammede opplever tiden etter utskrivelse fra sykehuset. Ved å fremheve deres perspektiv ønsker oppgaven å gi sykepleier en bedre innsikt og forståelse for pårørende og hvordan det gagnar dem.

1.2 Problemstilling

I forhold til temaet er det blitt utarbeidet en problemstilling:

”Hvilke opplevelser har pårørende til hjemmeboende pasienter som har gjennomgått hjerneslag?”

1.3 Avklaring av viktige begrep i problemstillingen

Hjerneslag er en ervervet, lokal hjerneskada som oppstår på grunn av oksygenmangel og celledød som følge av redusert blodtilstrømning til et stort område i hjernen (Kirkevold 2008: 407).

Pårørende er ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2009) den pasienten selv oppgir som sin nærmeste. Dette kan være ektefelle, registrert partner, person som lever i et ekteskapsliknende eller partnerskapsliknende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller den som har foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, hjelpeverge eller verge.

1.4 Avgrensning og presisering

Hovedfokuset i denne oppgaven er pårørende til hjemmeboende hjerneslagpasienter, her avgrenset til ektefelle, som innebærer mann eller kone i alderen 44 – 65 år. Pårørende vil heretter i oppgaven bli omtalt som ektefelle. Ved ektefellens opplevelse legges det vekt på erfaringer, tanker, følelser og hvordan den nye situasjonen påvirker dem. Tidsperioden avgrenses til tiden etter utskrivelse fra sykehus og opp til ett år etter hjemkomst. Pasienter som omtales i oppgaven har gjennomgått et førstegangshjerneslag. Slaget har gitt en funksjonsnedsettelse som gjør den hjerneslagoverlevende varig avhengig av hjelp fra hjemmesykepleie. Videre spesifisering av hvilken funksjonsnedsettelse er ikke gitt.

1.5 Oppgavens oppbygning

Videre i oppgaven presenteres relevant teori som tolkningsramme. I kapittel tre blir metoden for oppgaven beskrevet. Datainnsamling og søkestrategi blir gjort rede for.

Metodebeskrivelsen avsluttes med analyse av det innsamlede materiale og en oversiktlig tabell. I kapittel fire blir sentrale funn gjennom analysen presentert for å belyse problemstillingen på ulike måter. Diskusjonskapitlet innledes med en methodediskusjon.

Videre drøftes sentrale funn fra artiklene opp imot teori og konsekvenser for sykepleie.

Tilslutt avsluttes oppgaven med en konklusjon som oppsummerer hovedfunn, konsekvenser for praksis samt anbefalinger for videre forskning.

2.0 Teoribakgrunn

I denne delen presenteres relevant teori. Teoridelen tar for seg hjerneslag, livet etter hjerneslag, kriseteori, hjemmesykepleiers rolle, kommunikasjon og mestring.

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag er en av de mest utbredte og alvorlige sykdommene og en av de viktigste årsakene til sykkelighet, funksjonsnedsettelse og død. Hjerneslag er en lokal hjerneskada som oppstår på grunn av oksygenmangel og nekrose av hjerneceller. Oksygenmangelen og cellenekrosen skjer som følge av redusert blodtilstrømning til et område i hjernen. Den reduserte blodtilstrømningen skyldes som regel en trombose – og/eller embolidannelse som ofte kommer i følge av en underliggende kardiovaskulær sykdom, og som til slutt tilstopper hjernens blodkar (Kirkevold 2008: 406 – 407). Ca. 85 % av hjerneslagtilfellene er forårsaket av et hjerneinfarkt som følge av trombose eller emboli, de resterende 15 % skyldes en hjerneblødning der blodkar i hjernen sprekker (Kirkevold 2014: 465). Ved hjerneslag bør pasienten få tilgang til nødvendig akuttbehandling raskt for å begrense omfanget av skaden i hjernecellene. Prognosen avhenger av type hjerneslag, skadens plassering og personens alder (Kirkevold 2008: 407 - 409). Her i oppgaven har den hjerneslagoverlevende en funksjonsnedsettelse som følge av hjerneslaget og er dermed varig avhengig av hjelp.

2.1.1 Livet etter hjerneslag

Ektefeller kan rammes av nedstemthet, sorg og fortvilelse da de må innstille seg på en endret hverdag. Et hjerneslag fører til endret livskvalitet og har eksistensielle konsekvenser og innvirkninger på familielivet. Ektefellen og den hjerneslagrammende skal etter utskrivelse prøve i så stor grad som mulig å gjenskape livet slik det en gang var. I denne tiden vil de få en erkjennelse av at livet ikke vil bli det samme (Kirkevold 2008: 411- 413).

2.2 Kriseteori

Å stå nært et menneske som rammes av alvorlig sykdom er ifølge Bøckmann og Kjellevold (2010:101) en krisesituasjon preget av store følelsesmessige belastninger og praktiske utfordringer. Krise er den psykiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelig for å finne løsninger på en vanskelig situasjon (Reitan 2010: 88-89).

Krise deles ifølge Cullberg (2010: 129) inn i fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen varer fra et øyeblikk til noen døgn, der individet holder virkeligheten fra seg med all makt. Bevisstheten blir uklar og den psykiske energien kan vendes bort fra den smertefulle virkeligheten. I sjokkfasen er det ikke mulig å ta til seg det som har hendt. Senere kan personer ha vanskeligheter med å huske hva som har hendt og hva som har blitt sagt. Reaksjonsfasen starter når individet blir tvunget til å åpne øynene for det som har skjedd, eller til det som kommer til å skje. Denne fasen innebærer en voldsom omstilling og mange ønsker å finne mening i den kaotiske situasjonen. Sjokkfasen og reaksjonsfasen utgjør til sammen krisens akutte fase. Den akutte fasen kan vare et halvt eller ett år etter det opprinnelige traumatiske sjokket. Etter den akutte fasen starter bearbeidingsfasen hvor individet blir mer fremtidsrettet igjen. I denne perioden blir utfordringene som den kroniske sykdommen eller den alvorlige legemlige skaden har gitt etter hvert godtatt. Individet tilærer seg også her nye sosiale roller som følge av skaden. Individet blir mer åpen for nye erfaringer og kan også gjenoppta gamle aktiviteter selv om mange kan se tilbake på det tidligere liv som den rene idyll. Nyorienteringsfasen, som selvsagt ikke har noen avslutning, starter hvis individet har klart å komme seg gjennom krisen. Her lever individet med et arr som ikke forsvinner, men som ikke hindrer vanlige livskontakter. Den sviktende selvfølelsen har blitt gjenopprettet, og de uoppfylte håpene er blitt bearbeidet. En krise blir en del av livet, noe som aldri blir glemt. Mange kan oppleve at hendelsen har gitt nye betydninger i senere livsperioder (Cullberg 2010: 129 – 140). Her i oppgaven møter en ektefeller i alle fasene.

2.3 Hjemmesykepleiers rolle

Hjemmesykepleie er et tilbud og en lovpålagt tjeneste for alle som har behov for nødvendig helsehjelp i eget hjem. Det innebærer handlinger som forebygger, diagnostiserer, behandler,

rehabiliterer, pleier og bevarer pasienters helse uavhengig av sykdom og alder. Handlingene har også omsorgsformål og er utført av helsepersonell. Det er viktig med fleksibilitet, individuelle tilpasninger og et nært samarbeid med pasient og ektefelle (Fjørtoft 2012: 19 – 20).

Selv om pasienten er den primære målgruppen, må også ektefeller vektlegges da disse i like stor grad blir påvirket av situasjonen (Fjørtoft 2012: 112). De utgjør i de fleste tilfeller en viktig støtte for pasienten og blir i sykepleien ofte sett på som en ressurs, og en slags samarbeidspartner for hjemmesykepleien (Stubberud og Eikeland 2013: 165). Ektefeller har også egne behov for omsorg og hjelp. De må på lik linje med pasienten bli sett, hørt og ivaretatt. Den uformelle hjelpen, bør ikke være en erstatning men et supplement til den formelle hjelpen. (Fjørtoft 2012: 112, 115). Ektefeller kan være med på å fremme pasientens kognitive, instrumentelle og emosjonelle kontroll ved å fremme trygghet og håp, motivasjon og vilje i pasientens behandlings og rehabiliteringsprosessen (Stubberud og Eikeland 2013: 165).

2.4 Kommunikasjon

I forhold til kommunikasjon og mennesker som befinner seg i krise, er det viktig i å gi individet rom til å uttrykke følelser av smerte, sorg, skyld og aggressivitet. Dette kan bidra til at krisesymptomene oppleves mer forståelig og mindre unaturlig. Det kan også gi håp om bedring, noe som er viktig innen kriseterapi. Empati er blant de viktige egenskaper å ha i samtale med individer i krise. Empati handler om å ha evne til å få en realistisk forståelse av hvordan et annet menneske føler og opplever sitt liv – ut ifra vedkommendes utsagn og oppførsel (Cullberg 2010: 143 – 145).

Den gode hjelpende samtale starter med et åpent spørsmål. Det handler om å skape en åpen situasjon, speile følelser, være lyttende og empatisk, følge verbalt og nonverbalt, gjenta nøkkelord og uttrykk og vise at man anerkjenner, ser og forstår den andre (Eide og Eide 2012: 14, 16). Gode kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, samtale og rådgivningsferdigheter er viktige hjelpemidler til å forstå den andre som person, forstå relasjonen samt til å gi hjelp og støtte og ta gode beslutninger sammen (Eide og Eide 2012: 20 – 21).

2.5 Mestring

Mestring handler om hvordan mennesker møter belastede livssituasjoner og brukes synonymt med uttrykk som å klare seg, å greie seg og å få til noe (Reitan 2010: 74).

Mestringsstrategier er det en gjør for å takle krav eller utfordringer. Mestringsstrategier har som formål å hjelpe vedkommende til å bevare sitt selvilde, finne mening og opprettholde personlig kontroll over de problemer og ytre og indre krav personen står overfor (Reitan 2010: 79). Ifølge Antonovsky er opplevelsen av en sammenheng (OAS) i det som skjer avgjørende for hvordan mennesker mestrer livets utfordringer. For å oppnå dette må vi kunne forstå situasjonen, ha tro på at vi kan finne løsninger og finne mening i å forsøke å finne løsninger (Reitan 2010: 82). Begrepet OAS inneholder tre kjerne komponenter som Antonovsky har valgt å kalle begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky 2012: 39).

3.0 Metodebeskrivelse

Metoden forteller noe om hvordan det bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland 2012: 111). I denne oppgaven anvendes en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie er en studie som besvarer et tydelig formulert spørsmål gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2013). Kapittelet tar for seg datainnsamling, søkestrategi, inklusjons og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurderinger, etiske vurderinger og dataanalyse.

3.1 Datainnsamling

Arbeidet med oppgaven startet høsten 2014 med en prosjektplan. I prosjektplanen ble det utarbeidet en problemstilling på bakgrunn av valgt tema og en fremtidsplan.

3.1.1 Søkestrategi med valg av søkeord og databaser

På bakgrunn av oppgavens hensikt og problemstilling ble det benyttet et PICO – skjema for å komme frem til ulike søkeord (se tabell under). PICO er en forkortelse for population, intervention og outcome. C, som står for comparison ble ikke benyttet da den kun er aktuelt i de tilfellene en ønsker å måle forskjeller i resultater mellom ulike grupper (Bjørk og Solhaug 2008: 58).

Tab. 1. PIO skjema.

P	I	O
Stroke, patient, relatives, spouses, partner, family	Experience, life, strain, psychological	Relatives perspective

Det ble utført ulike søk i flere databaser. Blant resultatene i søkene ble alle overskriftene på artiklene lest og vurdert. Flere overskrifter viste tydelig at de omhandlet noe annet enn oppgavens tema. Noen handlet blant annet om død, pasientperspektiv, sykepleieperspektiv osv. Disse ble ikke sett nærmere på. Sammendraget ved alle overskrifter som virket relevant ble lest. Hvis artiklene var aktuell på bakgrunn av sammendraget, ble de åpnet i full tekst for

videre vurdering. Artikler som ikke hadde et klart nok sammendrag ble også åpnet for nærmere vurdering. Mange av artiklene ble ekskludert underveis da de viste seg og ikke nå opp til oppgavens inklusjonskriterier. Noen tok plass på blant annet sykehus, hadde andre perspektiv osv. I søkekombinasjonen ble AND anvendt da den ifølge Bjørk og Solhaug (2008: 63) snevrer søket inn og finner frem til referanser der samtlige søkeord inngår. Alt imellom AND er søkeord.

Databasen Cinahl: Den første søkekombinasjonen i Cinahl bestod av søkeordene «Stroke AND spouse or partner AND experience». Denne ga til sammen seks treff hvor to artikler ble valgt. Søkeordene ble deretter endret til «Stroke AND spouse or partner AND life». Her dukket det opp ti treff hvor to artikler ble valgt. Neste søkekombinasjon var «Stroke patients AND relatives AND experience». Denne ga fire treff hvor en artikkel ble valgt. De siste søkeordene var «Stroke patients AND relatives or family AND mastery». Dette ga ett treff og en artikkel ble valgt. Tilsammen ga Cinahl seks artikler.

Databasen PubMed: Ved databasen PubMed ble søkekombinasjonen «Stroke patients AND relatives AND experience» brukt. Denne kombinasjonen ga tretten treff, hvor en artikkel ble valgt. PubMed ga dermed en artikkel.

Cinahl Complete: I denne databasen ble søkeordene «Stroke patients AND relatives» anvendt. Dette ga tjueseks treff der en artikkel ble valgt.

Senere søk i Cinahl Complete: Underveis av kvalitetsvurderingen ble det besluttet å foreta et senere søk da tre av de tidligere artiklene måtte ekskluderes. Den nye søkekombinasjonen var «Stroke AND home AND family AND qualitative». Kombinasjonen ga ti treff, hvor en artikkel ble valgt. Søkekombinasjonen «Stroke AND home AND family AND psychosocial factors» ga tjuetre treff, hvor en artikkel ble valgt. Den siste søkekombinasjonen «Stroke AND home AND psychological AND caregiver AND burden AND strain» ga fem treff, hvor to artikler ble valgt. Av det senere søket kom det frem fire nye artikler. Tre av artiklene ble valgt. Tilslutt var åtte relevante artikler klar til å analyseres.

3.1.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Blant inklusjonskriteriene i søket var alderen avgrenset til middelaldrende fra 45 – 64 år. Alle artikler skulle være referee bedømt og godkjent i publiseringskanalen NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) ved en gradering av én eller to. Artiklene skulle omhandle temaet hjerneslag, et førstegangsslag og ha et pårørende perspektiv. De skulle også ta sted i hjemmet, etter sykehusinnleggelsen. Ved de første søkene var årstallet avgrenset fra 2000 – 2015. I senere søk ble dette forandret til 2004 – 2014. Artiklene skulle også være fra et geografisk område som kan sammenlignes med Norge. Alt som ikke nådde opp til inklusjonskriteriene ble ekskludert.

3.1.3 Kvalitetsvurdering

De åtte utvalgte artiklene fra Cinahl, Pubmed og Cinahl Complete ble skrevet ut. For å kvalitetssikre artiklene spør Forsberg og Wengström (2013: 115) hva artiklenes hensikt er, hvilke resultat som er innhentet og om de er gyldige. Det var viktig at artiklene hadde en tydelig hensikt som samsvarte med oppgaven. Resultatene ble også nøye vurdert. De måtte kunne belyse oppgavens problemstilling. For å vurdere gyldigheten av resultatene ble også metoden for artiklene sett nærmere på. De fleste artiklene brukte intervju som metode, noen brukte spørreskjema. Dette ble vurdert av forfatterne som gyldige metoder.

En sjekkliste for kvalitative studier av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) ble også anvendt under kvalitetssikringen. Selv om ikke alle artiklene var kvalitative, kunne sjekklisten likevel anvendes da mange av spørsmålene var viktige for å vurdere kvaliteten. Alle åtte artiklene ble vurdert som aktuelle og relevante og ble dermed grundigere lest gjennom av hver forfatter, hver for seg.

3.1.4 Ethiske vurderinger

I denne oppgaven er alle artikler godkjent i Nasjonal Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). I forhold til etisk forsvarlighet er dette en av retningslinjene forskere må følge. Datatjenesten forvalter retningslinjer for beskyttelse av personvern og hindrer at sensitive data kommer på avveie, samt sikrer anonymisering og konfidensialitet (Bjørk og Solhaug 2008:

36). Alle deltakerne i de anvendte artiklene ble anonymisert, godt informert, ga samtykke før deltakelse og fikk mulighet til å trekke seg når som helst.

Ifølge helsinkideklarasjonen (2000) har også forfattere en underlagt etisk forpliktelse. Forfatterne av denne oppgaven har vært etterrettelige og referert kun til hva resultatene i artiklene sier. Det er ikke blitt oppdiktet eller gjort om noe tekst ut ifra egen eller andres mening. Dette gjelder også alt av teoribøker som er anvendt, og alt er blitt referert i teksten.

3.2 *Datanalyse*

I dataanalysen ble det innsamlede materialet analysert. Analysen skal gi en oversikt over hvordan innholdet i artiklene har blitt bearbeidet for å finne svar på den aktuelle problemstillingen. I denne oppgaven ble det brukt en enkel form for innholdsanalyse av Forsberg og Wengström (2013: 167). Denne var til hjelp i å vurdere artiklenes hensikt og problemstillinger, likheter og ulikheter samt organisere materialet i kategorier. Innholdsanalysen inneholdt fem steg som forfatterne fulgte.

For å få bedre oversikt over innholdet i artiklene ble de i steg en gjennomgått og lest én etter én. Begge forfatterne gikk gjennom artiklene hver for seg. I steg to ble det under gjennomgangen notert nøkkelfunn på eget ark ut ifra hver artikkel i forhold til oppgavens tema. I det tredje steget ble artiklene og nøkkelfunnene diskutert i fellesskap, samt eventuelle kategorier som kunne være aktuelle. For å få de endelige kategoriene og underkategorier på plass, ble det i det i steg fire samlet alt av resultat fra hver artikkel på hvert sitt dokument. Alt av resultat ble vurdert i forhold til hverandre. Alt som omhandlet et bestemt tema, ble klipt ut fra de ulike dokumentene og gjort om til et eget og nytt dokument. De resterende resultatene fra artiklene ble videre vurdert i forhold til hverandre og gjort om til andre temaer. Det ble også vurdert om de ulike kategorier kunne sammenfattes til en eller flere. Tilslutt hadde forfatterne en oversikt over hva alle artiklene hadde funnet ut, samt delt de inn i ulike og felles kategorier. I steg fem ble resultatet tolket og diskutert mellom forfatterne. Videre ble alt gjort om til en sammenfattende tekst som ble resultatdelen (Forsberg og Wengström 2013: 167). For å vise til de endelige kategoriene og underkategoriene har forfatterne utarbeidet en tabell:

Tab. 2. Hovedkategorier og underkategorier

Ektefeller opplevde psykososiale endringer	<ul style="list-style-type: none">- Fra ektefelle til omsorgsperson- Å leve med en fremmed- Den uforutsigbare hverdagen- Egenomsorg- Grad av uførhet påvirket grad av belastning
Ektefeller opplevde å måtte orientere seg mot en ny fremtid	<ul style="list-style-type: none">- Fornyelse av familielivet og en annerledes fremtid- Nærvær av hjemmetjenesten, venner og slektninger- Tilpasse seg hverdagen og se positivt på livet

4.0 Resultat

I denne delen vil oppgaven ta utgangspunkt i analysen og gjøre rede for sentrale funn.

Funnene blir presentert sammenfattet og strukturert i kategorier for å belyse problemstillingen på ulike måter.

4.1 *Ektefeller opplevde psykososiale endringer*

4.1.1 **Fra ektefelle til omsorgsperson**

Mange ektefeller opplevde usikkerhet tilknyttet til rollen de begikk seg ut på. Mange var uforberedt på omsorgsrollen, noe som ga opphav for bekymring. Ektefeller som hadde erfaringer og kunnskap innen omsorg fra tidligere så ut til å bekymre seg mindre (Smith mfl. 2003; Cecil mfl. 2012; Backström og Asplund og Sundin 2010). Utskrivelsen til hjemmet ble for mange en kriseopplevelse, selv om det var en etterlengtet begivenhet. Ektefeller og helsepersonell kunne ha ulikt syn på hva bedring egentlig inneholdt. Mange trodde den hjerneslagoverlevende skulle bli helt frisk eller nå sine funksjonelle mål før utskrivelse. For helsepersonell kunne det å bli bedre bety en liten, men bemerkelsesverdig endring i funksjon som f.eks. bedring i balanse, økt styrke osv. Hjemkomsten av den hjerneslagoverlevende ga blandede følelser (Barbara mfl. 2013).

Ved utskrivelsen følte mange ektefeller seg dyttet utfor et stup. Noen følte seg isolert, forlatt og alene. Noen følte de ikke fikk god nok tid til å håndtere sjokket og krisen av hendelsen, utskrivelsen og alle de nye oppgavene de nå skulle håndtere. De opplevde nå et ansvar for å gi omsorg 24 timer i døgnet, 7 dager i uken (Barbara mfl. 2013; Smith mfl. 2003; Cecil mfl. 2012). Mange følte de lenger ikke kunne være spontane og at de levde i en knust verden fylt av bekymring og motløshet (Backström og Asplund og Sundin 2010; Smith mfl. 2003). Flere ektefeller følte seg tvunget inn i ansvaret og rollen som sykepleier eller mor for den hjerneslagoverlevende og følte seg til slutt mindre som en kone eller ektemann. Mange følte de mistet sin egen identitet og opplevde gradvis at det var vanskeligere å mestre sin rolle som omsorgsperson (Barbara mfl. 2013; Smith mfl. 2003; Backström og Asplund og Sundin 2010). Ektefeller rapporterte også en opplevelse av at deres rolle som omsorgsperson ble tatt for gitt, uavhengig av alder, helse eller personlige forhold. Mange mente hvis det ikke var for

dem og den omsorgsrollen de tok på seg, ville den hjerneslagoverlevende vært på sykehjem (Smith mfl. 2003).

“I do not really know. What is my role now? Am I a mom or am I a caregiver, or am I a wife? Everything is in chaos.” (Backström og Asplund, og Sundin 2010: 261).

4.1.2 Å leve med en fremmed

Endring av den hjerneslagoverlevende personlighet var også en psykisk påkjenning for ektefeller etter utskrivelsen. Før hjerneslaget hadde den hjerneslagoverlevende ofte fritids- og arbeidsaktiviteter. Mange ektefeller opplevde ett år etter at den hjerneslagoverlevende bare satt der hele dagen enten fordi de var fysisk redusert eller at de manglet motivasjon (Draper og Brocklehurst 2005; Smith mfl. 2003; Backström og Sundin 2009; Backström og Asplund og Sundin 2010).

“My husband is not still there ... he was active, he moved a lot and he did many things and had many ‘irons in the fire’. But this is a man who sits in his chair almost all day and does nothing...It makes (sigh)...it’s not him.” (Backström og Asplund og Sundin 2010: 261).

Ektefeller opplevde at det var vanskelig å holde fast på det ekteskapelige forholdet. Selv om de fleste håpte på forandring, hadde de fleste etter ett år mistet troen på et gjensidig forhold. Forholdet kom ikke til å bli som før. Dette skapte fortvilelse (Smith mfl. 2003; Draper og Brocklehurst 2005; Forsberg og Möller og Blomstrand 2004; Backström og Asplund og Sundin 2010). Flere ektefeller savnet en å dele tanker og følelser med. Etter ett år var mange av de tidligere følelsene til sin partner borte. Selv om partneren fortsatt var i live, sørget ektefeller over hvordan ting hadde blitt. Mange opplevde deres partner som en annen person (Draper og Brocklehurst 2005; Backström og Sundin 2009; Backström og Asplund og Sundin 2010).

“To live with someone who you experience as being another person, that is the greatest difficulty.” (Backström og Sundin 2009: 120).

4.1.3 Den ufutsigbare hverdagen

Mange ektefeller opplevde jobbendringer. Det var vanskelig å skulle jobbe fulltid og samtidig ha omsorg for ektefellen og eventuelle barn. Noen ektefeller måtte gi opp arbeidet, enten helt eller delvis for å oppfylle deres omsorgsrolle. (Baert mfl. 2009; Backström og Sundin 2009; Forsberg og Möller og Blomstrand 2004; Cecil mfl. 2012). Det å være på jobb ble også beskrevet som et pusterom for mange (Backström og Sundin 2009; Backström og Asplund og Sundin 2010).

“Working is a lifeline...it’s a lifeline to a...normal life// ... I cannot cope with being with him...24 hours of the day.” (Backström og Asplund og Sundin 2010: 261).

Økonomiske utfordringer var derfor for mange en klar kilde til bekymring i hverdagen. Tapt inntekt fra både seg selv og den hjerneslagoverlevende førte til dårligere økonomi. Mange måtte dekke kostnadene av medisin, utstyr og tjenester som ikke var dekket av forsikringen (Barbara mfl. 2013; Cecil mfl. 2012).

Mange opplevde også søvnforstyrrelser. Noen klarte ikke å koble av fra den vanskelige hverdagen. De lå og lyttet på den hjerneslagoverlevende i tilfelle noe skulle skje. Noen måtte stå opp på nattetid for å assistere med toalettbesøk og hjelpe ektefellen til å snu seg i sengen. Noen ektefeller fryktet også et nytt hjerneslag. De var redd for at et nytt hjerneslag kunne gi ytterligere uførhet, sykdom eller skade (Smith mfl. 2003; Cecil mfl. 2012; Baert mfl. 2008). Ved hjemkomst opplevde mange at de overtok aktiviteter som før hadde vært hjerneslagoverlevendes område og ansvar. Dette ble en ekstra arbeidsbelastning da de i tillegg skulle gi omsorg for resten av familien. Ektefeller følte seg trett og utilstrekkelig (Backström og Sundin 2009; Smith mfl. 2003; Barbara mfl. 2013; Cecil mfl. 2012).

Strukturelle endringer i hjemmet var også opphav til bekymring. Det krevde mye søknader og ofte opp til ett års venteliste. Mange savnet en tettere oppfølging i minst ett år etter utskrivning. De fikk ikke nok nødvendig støtte og veiledning. De følte seg forlatt og konstant i en kamp der de vedvarende måtte lære seg hvordan de kunne få mer informasjon, tjenester og økonomisk bistand. Dette ble for mange en ekstra byrde (Smith mfl. 2003). Å bekymre seg for den uforutsigbare hverdagen ble beskrevet av mange som noe av det verste (Cecil mfl. 2012).

4.1.4 Egenomsorg

Kravene til omsorg påvirket helse og trivsel betydelig i mange tilfeller. Mange ektefeller mente de ikke hadde tid til seg selv. Flere fikk skyldfølelse og følte seg egoistisk når de tenkte på seg selv. Egenomsorg var for mange det siste elementet på listen over daglige oppgaver (Barbara mfl. 2013; Cecil mfl. 2012; Smith mfl. 2003). En eldre mann i omsorg for sin kone var redd for at det skulle skje han noe, for da ville kona, som var den hjerneslagoverlevende, sitte igjen i en håpløs situasjon. En yngre ektefelle uttrykte også bekymring for egen helse fordi hun hadde i tillegg ansvar for små barn (Cecil mfl. 2012).

Avlastning ga mange et pusterom, men for noen var det vanskelig å skulle legge hverdagen til side. Flere utalte at deres kvalitetstid var når den hjerneslagoverlevende var i seng. Men mange var sliten til å bruke denne tiden effektiv. Fritiden som oppstod i løp av dagen ved for eksempel innkjøp av mat ble for mange mer nyttig. Mange ektefeller slet også med å la den hjerneslagoverlevende være alene. Etter hvert avtok dette. Noen ønsket å la den hjerneslagoverlevende være alene, mens det var pasienten selv som var redd (Smith mfl. 2003). Den fysiske byrden av omsorg lettet for mange over tid, enten på grunn av forbedringer eller tillærte mestringsstrategier. Etter ett år opplevde også mange at de gradvis var tilbake til aktiviteter utenfor hjemmet, selv om de var mer innskrenket enn tidligere (Smith mfl. 2003; Backström og Sundin 2009).

4.1.5 Grad av uførhet påvirket grad av belastning

Ektefellens belastning var relatert til alvorlighetsgraden av den hjerneslagoverlevendes uførhet (Draper og Brocklehurst 2005; Forsberg og Möller og Blomstrand 2004; Smith mfl, 2003; Backström og Sundin 2009).

Flere ektefeller av hjerneslagoverlevende med taleforstyrrelser viste seg å ha større sjanse for å utvikle depresjon. Taleforstyrrelser hadde for mange ektefeller en stor påvirkning på kvaliteten på forholdet (Draper og Brocklehurst 2005; Smith mfl. 2003). Afasi skapte frustrasjon blant ektefellene selv om de etter hvert fikk bedre forståelse i ansiktsuttrykkene. Hjerneslagoverlevende med apati, uvilje mot å delta, provoserte også frustrasjon hos mange ektefeller. Det var slitsomt å skulle motivere den hjerneslagoverlevende hele tiden. Mange

håpte ting vil vende tilbake til det normale. Noen hadde mistet håpet helt. Emosjonell labilitet ble ofte rapportert som en ny atferd (Smith mfl. 2003).

Ektefeller av hjerneslagoverlevende med kognitiv svekkelse og depresjon var mindre fornøyd med partnerskapet, familielivet og seksuallivet. Denne misnøyen var forsterket ett år etter (Forsberg og Möller og Blomstrand 2004). Noen mente den hjerneslagoverlevende ble mer selvopptatt og ikke viste omtanke for det familien gikk gjennom (Smith mfl, 2003; Backström og Sundin 2009). Kognitive endringer i personligheten var for mange verre å håndtere enn noen fysisk funksjonshemning (Backström og Sundin 2009). Mange kalte det en usynlig funksjonshemning som ofte ble et oversett og unnlatt problem. Atferdsendringene var ofte en påvirkende faktor til sinne og frustrasjon (Smith mfl. 2003).

Kvaliteten på forholdet i tiden før hjerneslaget kunne også vise seg å ha konsekvenser på hvor stor belastningen ble etter slaget. I tillegg kunne ektefellens fysiske og psykiske helse før slaget ha en påvirkning. Ektefellens egen oppfatning på uførhet kunne også være korrelert til denne opplevelsen (Draper og Brocklehurst 2005). Påvirkningen av hjerneslaget var individualisert og var avhengig av tidligere trivsel, sosiale liv, familie og andre livsforvandlerende hendelser som terminal sykdom, samt alder og hjerneslagets alvorlighetsgrad (Smith mfl. 2003).

4.2 Ektefeller opplevde å måtte orientere seg mot en ny fremtid

4.2.1 Fornyelse av familielivet og en annerledes fremtid

De fleste ektefeller opplevde i tiden etter hjemkomst at planene for fremtiden endret seg. Det var vanskelig for mange å skulle fornye familielivet og få styrke nok til å tilrettelegge dagen. Relasjoner endret seg, og mange følte tap og vanskeligheter i å orientere seg mot en ny fremtid (Backström og Sundin 2009; Baert mfl 2008; Draper og Brocklehurst 2005). Seks måneder etter hjemkomst fikk mange av ektefellene en følelse av at de begynte å tilegne seg nye praktiske rutiner i familiens daglige liv. Noen følte de fikk mer kontroll og noen følte seg dermed mer fri. Livet etter utskrivelsen ble beskrevet som en berg - og dalbane. Deres sosiale

liv var fortsatt begrenset da alt ansvaret gikk utover muligheten til å være spontan (Backström og Sundin 2009; Backström og Asplund og Sundin 2010).

4.2.2 Nærvær av hjemmetjenesten, venner og slektninger

Hverdagen var for mange okkupert av mye ansvar og omsorg, selv med hjelp fra hjemmetjenesten (Backström og Sundin 2009; Smith mfl. 2003). Noen ektefeller opplevde mangel på støtte fra hjemmetjenesten, mens andre følte motsatt. Noen bemerket at problemet ikke lå i kvaliteten på omsorgen som ble gitt, men tilgangen til tjenesten (Cecil mfl. 2012). Noen opplevde at hjemmetjenesten ikke hadde tid til å vente og støtte den hjerneslagoverlevende til å gjøre ting på hans/hennes måte. På grunn av hjemmetjenestens begrenset tid og tilgjengelighet ble ikke behovene dekket. Mangelen på kontinuitet i hjemmetjenesten svekket tilliten og tryggheten til helsepersonell. Under møte og samtaler med profesjonelle fagfolk følte mange seg også neglisjert (Backström og Sundin 2009; Smith mfl. 2003).

Et godt nettverk og støtte fra venner og slektninger var av stor verdi og hjalp ektefeller i å møte situasjonen. Ektefeller uttrykte hvor viktig det var å kunne dele følelser, tanker og bekymringer med andre. Noen følte også at det hjalp å møte andre i lignende situasjoner (Backström og Sundin 2009). Noen var takknemlig for hjelp gitt av sine voksne barn, men erkjente også at de hadde sine egne liv å føre. Mange familiemedlemmer ga blant annet opp arbeid, ordnet seg fri eller reduserte arbeidstiden for å hjelpe til i hjemmet. Noen opplevde at mennesker i deres næreste familie var sjelden å se (Cecil mfl. 2012).

4.2.3 Tilpasse seg hverdagen og se positivt på livet

Etter seks måneder og mer begynte ektefeller etter hvert å tenke mer konstruktiv om fremtiden. Mange prøvde å fokusere på at forbedring tar tid og at det verste var over. Uavhengig av omfanget av hjerneslaget, uttrykte mange ektefeller takknemlighet for at situasjonen ikke ble verre enn det var – og at deres kjære fortsatt var i live (Backström og Sundin 2009; Cecil mfl. 2012). Relasjoner med slektninger og venner ble for mange etter hvert mer verdsatt. Små ubetydelige forbedringer ble om til håp for positive endringer

(Backström og Sundin 2009). Mange var takknemlig for støtten fra voksne barn eller at de var i stand til å jobbe deltid tross for situasjonen. Religiøs tro ble også nevnt som en kilde til styrke. Noen ektefeller uttrykte kjærlighet, hengivenhet og tålmodighet mot sin kjære selv om den hjerneslagoverlevendes personlighet var endret. Arten av forholdet viste seg i tilfeller å være sentral for å lykkes (Cecil mfl. 2012). De fleste tilpasset seg ofte hverdagen ved å etablere rutiner og ved å ta imot støtte fra lovbestemte / frivillige organisasjoner, familie og sosiale nettverk. Ett år etter hjemkomst lærte mange at de ikke skulle planlegge fremtiden, nå som livet var så uforutsigbar. De lærte å ta en dag om gangen og sette pris på de små ting Ektefeller prøvde å se positivt på livet (Smith mfl. 2003; Backström og Sundin 2009; Backström Asplund og Sundin 2010).

"I think that the worst part is behind you (now) it is just to endure. But it takes a little time; it is about trying to see the lighter side of life" (Backström og Sundin 2009: 121).

5.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet vil starte med en kort metodediskusjon som diskuterer metoden som er valgt for å utføre oppgaven. Videre presenteres resultatdiskusjonen.

5.1 Metodediskusjon

I høsten 2014 ble det utarbeidet en prosjektplan. Prosjektplanen inneholdt tema for oppgaven, en foreløpig problemstilling og en fremtidsplan. Fremtidsplanen har hovedsakelig blitt fulgt, men endringer underveis har oppstått. I starten var pasient perspektiv av interesse. Da de ulike søkene kun ga sykepleier og pårørende perspektiv, ble det etter diskusjon anvendt et pårørende perspektiv.

Denne oppgaven har basert metodedelen på bakgrunn av relevant teori og veiledning. Først var det viktig å finne relevante artikler som kunne belyse problemstillingen. Ifølge veiledere og Bjørk og Solhaug (2008: 58) skulle PICO skjema være et nyttig redskap til å sortere søkestermer og lage en systematisk søkestrategi. Forfatterne valgte å følge PIO skjemaet noe som ga et ryddig og oversiktlig bilde av hvilke søkeord som kunne være aktuelle. I søkeprosessen ble det først forsøkt å forholde til seg til faste søkeord og søkekombinasjoner. Ifølge Forsberg og Wangström (2013:79) er dette en god søkestrategi. Mange av artiklene var urelevante eller ikke godkjente i publiseringskanalen NSD. Det måtte derfor tilslutt bli tilføyd flere søkeord i søkekombinasjonene for å finne nok aktuelle artikler. I alle søkekombinasjonene går mange av de samme søkeordene igjen. AND ble benyttet imellom søkeordene. OR ble ikke anvendt da forfatterne ønsket å finne artikler som inneholdt alle søkeordene, Dette kan både være en styrke og svakhet for oppgaven, da OR gir en mer bredde på søket. For forfatterne ble det ansett som en styrke da AND ifølge Bjørk og Solhaug (2008: 63) snevrer søket mer inn.

Under søkeprosessen gjorde forfatterne for seg inklusjonskriterier for og fastlå et felles krav for artiklene. Tidlig i fasen av litteratursøket fant for eksempel forfatterne ut at tre av artiklene ikke kunne brukes, da de ikke var relevant for det oppgaven spurte om. De hadde feil fokus, noe som gjorde at det måtte gjøres et senere søk. Det senere søket ga fire nye artikler, der det

etter gjennomlesing ble valgt tre. Den fjerde hadde ikke tydelig nok funn. Dette har bidratt i å styrke svaret på problemstillingen, da alle artiklene er innenfor et felles område. Noe som kan ha gitt oppgaven en svakhet er det store spennet i årstall. Tidlig i søket ble det tilfeldig bestemt at årstallet skulle være 2000-2015. Selv om søkene bare ga aktuelle artikler fra 2003 og oppover, kunne årstallet blitt avgrenset mer. I de senere søkene ble årstallet endret til 2004-2014 da det etter veiledning ble anbefalt å finne nyere artikler innenfor de siste ti årene. Ektefeller er også en av oppgavens inklusjonskriterier da disse ifølge Fjørtoft (2012: 116) er den som er nærmest og som påvirkes mest ved sykdom og funksjonssvikt. Noen av artiklene inneholdt også andre familiemedlemmer enn ektefeller, som brødre, døtre, søstre osv. Disse synsvinklene har blitt ekskludert. Denne avgrensningen har bidratt til å styrke oppgaven da den retter seg mot et bestemt perspektiv.

Artiklene skulle være fra et geografisk område som kan sammenlignes med Norge. Mange av artiklene var for eksempel fra Kina, Japan, Brasil, Afrika osv. Disse artiklene ble ikke tatt i betraktning da funnene muligens kunne være utfordrende å implementere i det norske samfunnet. Sju av artiklene som ble anvendt var innenfor Europa, der tre var fra Sverige, tre fra England, en fra Belgia og den siste fra USA. Dette kan styrke oppgaven, da mange av artiklene er i nærheten av Norge. Funnene av artiklene indikerer også at ektefellens opplevelse av hjemmeboende hjerneslagoverlevende kan være til dels likt i disse områdene.

Under søkeprosessen ble det anvendt en søkebok. I søkeboken har det blitt notert ned alt av databaser, avgrensninger, søkeord, antall treff og aktuelle artikler som kan og ikke kan brukes. Dette har bidratt til å lage en konkret søkehistorie. Dette har også vært til hjelp i nye litteratursøk og gitt en god oversikt når forfatterne har vært usikre på søkeprosessen.

I kvalitetsvurderingen av artiklene ble alle grundig gjennomgått og vurdert. Begge forfatterne leste gjennom artiklene hver for seg. Dette bidro til å kvalitetssikre funnene og gi en oversikt over hver artikkel. Sjekklisten for kvalitative studier bidro også til å gi en god oversikt. Det var ønskelig å anvende kun kvalitative artikler. Dette ble en utfordring, da noen av søkene resulterte i kvantitative artikler. Mange av de kvantitative artiklene ga likevel viktige implikasjoner for problemstillingen. De kunne også knyttes opp i mot de kvalitative. Det ble derfor ansett som en styrke da dette la mer bredde og tyngde på resultatet. Forfatterne anvendte fem kvalitative og tre kvantitative artikler.

Oppgaven tok utgangspunkt i de fem stegene i Forsberg og Wengström (2013: 167). Utarbeidningen av analysen var både en tidskrevende, men også interessant prosess. Det tok tid å skulle finne likheter, ulikheter i artiklene samt organisere materialet i kategorier og underkategorier. Det ble anbefalt å bruke farge – og nummerkoder i arbeidet med analysen. Dette ble en prosess som ikke fungerte så godt som ønsket. For å utføre analyseringen måtte det derfor utprøves en annen metode. Hver artikkel ble derfor i fellesskap gjennomgått en og en, hvor det ble på et dokument skrevet ned alt av funn. Dette ble et oversiktlig dokument som videre ble brukt til å diskutere aktuelle kategorier. Alt som for eksempel hadde noe å si om psykiske, ble satt sammen til et felles dokument der det videre ble funnet likheter og ulikheter, samt gjort om til en sammensettende tekst. Dette ble kanskje en mer tidskrevende metode, men en mer forståelig metode i og finne svar på oppgavens problemstilling.

Teoridelen i oppgaven har underveis blitt endret. I begynnelsen hadde forfatterne en ide om hva som burde være med. Senere måtte det bli tilføyd / tatt vekk teori, da arbeidet med resultatdiskusjonen viste tydeligere hva som kunne være relevant. Dette kan være en styrke for oppgaven, da innholdet i teorien kan knyttes direkte opp mot resultatet.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven drøftes sentrale funn fra artiklene i lys av relevant teori. Konsekvenser for sykepleie vil også bli belyst underveis.

5.2.1 Psykososiale endringer

Ved utskrivelse av den hjerneslagoverlevende finner ektefeller seg i en krise (Barbara mfl. 2013). Krise er ifølge Reitan (2010: 88 – 89) en psykisk reaksjon som oppstår når vanlige mestringsstrategier ikke strekker til. Krise deles inn i fire ulike faser. Selv om sjokkfasen av hjerneslaghendelsen er over, som varer fra et øyeblikk til noen døgn, kan ektefellen ved hjemkomst befinne seg i en type reaksjonsfase. Reaksjonsfasen begynner når den rammede blir tvunget til å åpne øyene for det som har skjedd (Cullberg 2010: 130 – 131). Ifølge funn fra artiklene føler ektefeller seg dyttet utfor et stup da de plutselig innser alle de nye oppgavene som skal håndteres. Mange føler seg isolert, forlatt og alene. Noen føler de ikke

får god nok tid til å håndtere alt som har skjedd før utskrivelse (Barbara mfl. 2013; Smith mfl. 2003; Cecil mfl. 2012). Dette gir viktige implikasjoner for hjemmesykepleie da ektefellen trenger mer støtte og ivaretagelse ved hjemkomst. Tid til samtaler kan være et viktig tiltak i denne perioden. Hjemmesykepleier bør skape en bærende relasjon med ektefellen (Fjørtoft 2012: 220). Ifølge Cullberg (2010: 143) må individer i krise få frihet til å uttrykke sine følelser, da dette kan bidra til at krisesymptomene oppleves mer forståelig. Hjemmesykepleier bør under samtaler skape en åpen situasjon ved å stille et åpent spørsmål. Hjemmesykepleier må også speile følelser, være lyttende og empatisk, følge verbalt og nonverbalt, gjenta nøkkelord og vise anerkjennelse og forståelse for det ektefellen uttrykker (Eide og Eide 2012: 20 – 21).

Mange ektefeller kan misforstå hva bedring betyr. Ektefeller trenger derfor tydeligere informasjon om hva dette innebærer. Cullberg (2010: 130) nevner at personer i sjokkfasen kan senere ha vanskeligheter med å huske hva som har hendt og blitt sagt.

Hjemmesykepleier må være klar over at ektefeller enda kan være søkende etter informasjon og forståelse for situasjonen. De trenger kanskje å få snakket ut om hva som har hendt og få tid til å spørre, samt få gjentakende informasjon som kanskje har blitt glemt. Her er det også viktig at hjemmesykepleier holder en åpen dialog ved å bruke kommunikasjons – og rådgivingsferdigheter som aktiv lytting, og gi hjelp og støtte til ektefellen (Eide og Eide 2012: 20 – 21).

Ektefeller opplever belastninger etter hjemkomst. Dette har tilknytning til omsorgsrollen, omsorg for resten av familie, nye ansvarsområder i hjemmet samt økonomiske utfordringer (Barbara mfl. 2013; Cecil mfl. 2012). Mange ektefeller føler også at bekymringen blir større da de finner seg uforberedt for rollen de begir seg ut på (Smith mfl. 2003; Cecil mfl. 2012; Backström og Asplund og Sundin 2010). Det er viktig at hjemmesykepleier gir målrettet og tilpasset støtte for å hjelpe ektefeller i deres omsorgsrolle. Hjemmesykepleier må ha en klar forståelse av hvordan omsorgsarbeidet oppleves og hvilke konkrete problem den enkelte ektefellen har. Ved å se og anerkjenne ektefellens kompetanse og erfaringer kan hjemmesykepleier bekrefte og støtte ens omsorgsferdigheter. Hjemmesykepleier kan sammen med ektefellen finne løsninger på disse problemene (Kirkevold 2008: 130 - 131). Selv om det er vanskelig å forutsi hva som møter den enkelte, kan kanskje hjemmesykepleier også forberede ektefeller på vanlige utfordringer som andre har opplevd. Ved å gi en slik

tankevekker kan kanskje ektefeller takle utfordringene bedre da de har forberedt seg litt i forveien.

Kravene til omsorg påvirker ektefellers helse og trivsel i flere tilfeller (Cecil mfl. 2012; Smith mfl. 2003). Egenomsorg er for mange det siste elementet på listen over daglige oppgaver. Mange føler at det økende ansvaret resulterer i redusert fokus på seg selv (Barbara mfl. 2013). Noen har i tillegg ansvar for barn og andre familiemedlemmer. Det sosiale livet samt egne interesser blir også begrenset (Cecil mfl. 2012; Backström og Asplund og Sundin 2010). Etter tid opplever mange at den fysiske byrden avtar i en viss grad enten på grunn av forbedringer eller tillærte mestringsstrategier (Smith mfl. 2003; Backström og Sundin 2009; Backström og Asplund og Sundin 2010). Ektefeller befinner seg i en ukjent og ny situasjon. Ifølge Antonovskys (2012: 39) mestringsstrategi er det viktig at den enkelte forstår situasjonen og får opplevelse av sammenheng. Dette gir viktige implikasjoner for hjemmesykepleier da ektefellen bør få hjelp til å mestre de ulike situasjonene, samt oppleve sammenheng og forståelse. Ulike mestringsstrategier kan hjelpe ektefellen i å bevare sitt selvilde, finne mening og opprettholde personlig kontroll. Det er også viktig at hjemmesykepleier finner realistiske og gjennomførbare løsninger sammen med ektefellen for å mestre situasjonen (Reitan 2010: 79, 82).

Avlastning gir mange ektefeller pusterom (Smith mfl. 2003). Ifølge Fjørtoft (2012: 112, 115) er pårørende egne personer med egne behov for omsorg og hjelp. Avlastningstiltak er et viktig og et svært effektivt sykepleietiltak. Ektefeller kan ved avlastning hente seg inn og holde ut omsorgsarbeidet. Hjemmesykepleier kan informere om kommunens ulike tilbud, som for eksempel kan være dagtilbud for pasienter. Avlastningstiltakene må være tilpasset den enkeltes families behov og for at ektefellene skal være villig til å motta hjelp (Kirkevold 2008: 131). Noen ektefeller tilpasser seg ofte bedre ved å etablere rutiner og ved å godta støtte fra lovbestemte / frivillige organisasjoner, familie, sosiale nettverk for avlastning (Smith mfl. 2003).

Grad av uførhet påvirker grad av belastning (Draper og Brocklehurst 2005; Forsberg og Möller og Blomstrand 2004; Smith mfl, 2003; Backström og Sundin 2009). Mange ektefeller nevner at atferdsproblemer og kognitive svekkelser hos hjerneslagoverlevende er et unnlatt og oversett problem. Det er en slags usynlig funksjonshemming som oppleves for mange verre enn selve funksjonshemmingen (Backström og Sundin 2009; Smith mfl. 2003). Mange

ektefeller opplever endringen i partneren og følelse av å bo med en fremmed vanskelig å takle (Smith mfl 2003; Backström og Sundin 2009; Backström og Asplund og Sundin 2010). Ekteskapet oppleves også for mange som vanskelig å holde fast på, da den hjerneslagoverlevende endrer seg og det ikke er noe gjensidighet i forholdet (Smith mfl. 2003; Draper og Brocklehurst 2005). Hjemmesykepleier bør ikke basere graden av uførhet kun på det funksjonelle, men også på hvordan den hjerneslagoverlevende er kognitiv og ha fokus på hvordan forholdet mellom dem arter seg etter tid. Samtaler kan tilbys, der ektefeller kan få uttrykt sine følelser, frustrasjoner og problemer i hverdagen. Det er viktig at hjemmesykepleier er lyttende og empatisk og gir ektefellen støtte og hjelp. Empati handler om å få et realistisk bilde av hvordan den enkelte ektefellen føler og opplever sitt liv (Cullberg 2010: 143 – 145).

5.2.2 Orienterer seg mot en ny fremtid

Planen for fremtiden endrer seg for mange ektefeller (Draper og Brocklehurst 2005; Baert mfl. 2008). Det er vanskelig å skulle orientere seg mot en ny fremtid (Backström og Sundin 2009; Baert mfl. 2008). Ektefeller uttrykker hvor viktig det er å dele følelser med nære venner og slektninger. Et godt nettverk og støtte fra andre er av stor verdi (Backström og Sundin 2009; Cecil mfl. 2012). Mange ektefeller opplever at hjemmetjenesten har begrenset med ressurser og at dermed omsorgskvaliteten er redusert. Dette utgjør en ekstra belastning (Cecil mfl. 2012; Backström og Sundin 2009; Smith mfl. 2003). Ifølge Smith (2003) og Barbara (2013) føler mange ektefeller seg mer som en sykepleier eller mor enn en ektefelle. De opplever selvutslettelse. Ektefeller utgjør i de fleste tilfellene en viktig støtte for pasienten og blir ofte sett på som en samarbeidspartner (Stubberud og Eikeland 2013: 165).

Ifølge Fjørtoft (2012: 112, 115) bør ektefeller ikke være en erstatning men et supplement til den formelle hjelpen. Hjemmesykepleier bør i tillegg til fokus på behovene, finne ut hva som gir helsegevinst. Ifølge Fjørtoft (2012:19 – 20) innebærer bedring av helse å øke følelsen av livsglede og livsmot, samt evnen til å mestre ulike situasjoner. Hjemmesykepleier kan sammen med ektefelle finne gode løsninger som gir mening for den enkelte da dette ifølge Antonovsky (2012: 39) er en god mestringsstrategi. Noen ektefeller trenger kanskje mer avlastningstiltak, noen opplever kanskje mer mening og mindre belastning om hjemmesykepleier gjør ting mer tilrettelagt etter den hjerneslagoverlevendes ønske/måte.

Hjemmesykepleier bør sette av mer tid til slike pasientgrupper. Med mer ressurser til hjemmesykepleier vil belastningene til ektefellene bli mindre. Dette ser vi kan være urealistisk da nåtidens økonomi og ressurser er begrenset, men velger å nevne dette som et tiltak da forfatterne av oppgaven mener det burde prioriteres på bakgrunn av funnene.

Ektefeller føler de blir neglisjert under møter og samtaler med profesjonelle fagfolk (Backström og Sundin 2009). Ifølge Fjørtoft (2012: 112, 115) skal pårørende på lik linje med pasienten bli sett, hørt og ivaretatt. Konsekvenser for hjemmesykepleier vil være at ektefellen også må være i fokus. Hjemmesykepleier kan for eksempel under kartlegging også ta hensyn til ektefellens egne ønsker og behov. Det handler om å forstå begge partene som er involvert (Eide og Eide 2012: 16). Ektefellen kan kanskje med dette føle seg mer inkludert.

Etter seks måneder prøver mange å finne ny mening tross for endringene (Backström og Sundin 2009; Backström, Asplund, Sundin 2010). Mange prøver å tenke at forbedring tar tid og at det verste er bak dem. Ektefellene prøver å se positivt på livet. Mange er takknemmelig for at situasjonen ikke er verre og at deres kjære fortsatt er i live. De fleste lærer etter hvert å ta en dag av gangen (Backström og Sundin 2009; Cecil mfl. 2012; Smith mfl. 2003). Ifølge Cullberg (2010: 129 – 140) varer den akutte fasen for noen opp til et halvt år eller ett år. Ektefellene kan befinne seg nå i bearbeidingsfasen der individet begynner å tenke mer konstruktiv om fremtiden. Noen av ektefellene kan også nærme seg en type nyorienteringsfase, som starter da individet har komt seg gjennom krisen (Cullberg 2010: 129 – 140). I forhold til ektefellene er det viktig å være klar over at prosessen med den hjerneslagoverlevende er kontinuerlig og at livet ikke vil bli det som det en gang var. Cullberg (2010: 129 – 140) nevner at individet lever med et arr i nyorienteringsfasen som ikke forsvinner, men som ikke hindrer vanlige livskontakter. Dette kommer også frem i resultatene der ektefellene etter seks måneder tilegner seg nye praktiske rutiner, selv om det sosiale liv fortsatt er begrenset. Etter ett år opplever også mange at de gradvis er tilbake til aktiviteter utenfor hjemmet (Smith mfl. 2003; Backström og Sundin 2009). Dette gir viktige implikasjoner hjemmesykepleier som har en sentral rolle i å skape håp og livsmot for ektefellene. Ifølge Fjørtoft (2012: 135 – 136) henger livsmot nært sammen med begreper som håp og mening. Det er viktig å se livsmot i sammenheng med tillit, åpen tale, håp og barmhjertighet. Hjemmesykepleier bør anerkjenner og respektere ektefellen som menneske. Samtaler om håp og lidelse kan kanskje ha en helsefremmende effekt (Fjørtoft 2012: 135 – 136). Hjemmesykepleier kan kanskje i tillegg bruke andres tidligere erfaringer for å skape håp

for fremtiden, eller la ektefellene møte andre i lignende situasjon. Mestringsstrategier er også her sentralt. Hjemmesykepleier bør sammen med ektefellen finne løsninger for å organisere og tilpasse hverdagen. De bør sammen i den grad det er mulig, finne løsninger som gjør hverdagen gjennomførbar (Reitan 2010: 79).

6.0 Konklusjon

6.1 Konklusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å finne ut hvordan ektefeller av hjerneslagrammede opplevde å få den slagoverlevende hjem. Mange ektefeller opplever en krise ved utskrivelse. De føler seg uforberedt og dyttet ut for stup. De kan befinne seg i en reaksjonsfase hvor de innser det som har skjedd og det de nå har foran seg. Ektefellene har gått over til en ny rolle i hverdagen hvor mange føler seg isolert, forlatt og alene. Det å ha en hjemmeboende hjerneslagoverlevende byr på flere ulike belastninger i hjemmet. Ektefeller opplever nye ansvarsområder, økonomiske utfordringer og jobbendringer. Noen opplever manglende oppfølging som videre gir en følelse av ensomhet og skuffelse. Noen nevner også at de er uforberedt på omsorgsrollen noe som gir opphav til mer bekymring. De fleste ektefeller opplever også liten tid til egenomsorg, sosialt liv og interesser. Graden av uførhet påvirker også graden av belastning. Mange nevner at den kognitive svekkelsen hos den hjerneslagoverlevende ofte er verre enn selve funksjonshemningen. Den kognitive svekkelsen er for mange et oversett og unnlatt problem i hverdagen. Den hjerneslagoverlevende endrer seg og mange ektefeller opplever at de bor sammen med en fremmed. Nettverk og støtten fra hjemmet er av stor verdi for mange. Dette kan være venner, slektninger og hjemmesykepleier. Noen føler at hjemmesykepleier har lite tid og tilgjengelighet til å gjøre det på den hjerneslagoverlevende måte. Mange føler seg også neglisjert i møte med fagfolk. Noen føler seg mer som en mor eller sykepleier enn en ektefelle. Tross for endringene i hverdagen opplever ektefellene at de etter hvert tilpasser seg hverdagen. De uttrykker takknemmelighet av at situasjonen ikke er verre og at deres kjære fortsatt er i live. De må etter hvert prøve å se lyst på livet.

6.2 Konsekvenser for praksis

Funnene gjort i denne oppgaven gir viktige konsekvenser for praksis. Hjemmesykepleier bør utøve mer støtte og ivaretagelse til ektefeller av hjerneslagoverlevende ved hjemkomst. Ektefellen kan befinne seg i en type reaksjonsfase og hjemmesykepleier bør sette av tid til samtaler. Samtalene skal skape en åpen situasjon og hjemmesykepleier må være lyttende og empatisk samt vise forståelse for det ektefellen uttrykker. Ved uttrykk av følelser og

frustrasjoner kan krisesymptomene til ektefellen avta. Hjemmesykepleier må også gi gjentakende informasjon i starten samt gi rom for spørsmål.

Hjemmesykepleier bør få en klar forståelse over hvordan omsorgsarbeidet oppleves og hvilke konkrete problemer den enkelte opplever for å gi målrettet og tilpasset støtte. Vanlige utfordringer som andre ektefeller i lignende situasjoner har opplevd kan være lurt å nevne til ektefellene. Dette for å gi en tankevekker og forberede ektefeller på utfordringer i forveien. Med informasjon og støtte kan hjemmesykepleier gi ektefellen en mer mening og sammenheng i den nye situasjonen. De kan sammen finne realistiske løsninger på aktuelle problem. Avlastningstiltak er også svært effektiv der hjemmesykepleien må informere om kommunenes ulike tilbud. Hjemmesykepleier bør være flink til å inkludere ektefellen under møter og samtaler ved å lytte til alle partene som er involvert. Mer tid til hjerneslagpasienter kan være et viktig tiltak for å begrense ektefellens belastning, men kan også være urealistisk i dagens samfunn. Hjemmesykepleier har også en sentral rolle i å skape håp og livsmot blant ektefellene. For å skape dette kan hjemmesykepleier ha samtaler om håp og lidelse, skape tillit og åpen tale. Tidligere erfaringer fra andre ektefeller kan også skape håp for fremtiden, eller støttegrupper for personer i samme situasjon.

6.3 Forslag til videre forskning

Tidlig i planleggingsfasen var et pasientperspektiv av interesse. I søk av relevante artikler ble det funnet lite innenfor dette området. De fleste artiklene var belyst gjennom et sykepleier- og pårørendeperspektiv. Selv om pårørendeperspektivet i oppgaven gir et godt innblikk i hvordan pårørende opplever det å bringe den hjerneslagoverlevende hjem, vil det bli foreslått videre å forske på hvordan den hjerneslagoverlevende opplever å komme hjem. Dette er kanskje mer utfordrerne, men vil være spennende samt gi rom for sammenligning og et mer helhetlig bilde av hvordan det er.

7.0 Litteraturliste

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Backström, B, Asplund, K og Sundin, K (2010). The meaning of middle-aged female spouses lived experience of the relationship with a partner who has suffered a stroke, during the first year postdischarge. *Nursing Inquiry*. Vol; 17(3). (S: 257-268).

Backström, B og Sundin, K (2009). The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke – six months after discharge from a rehabilitation clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 24. (S: 116–124).

Baert Ilse, I, Feys, H, De Wit, L, Putman, K og De Weerd, W (2008). Stroke caregivers strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 30(7) (S: 523 – 530).

Barbara J. Lutz, Mary Ellen Young, Kim J. Cox, Crystal Martz og Kerry Rae Creasy (2013). The Crisis of Stroke: Experiences of Patients and Their Family Caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*. Vol 18(6).

Bjørk, I.T og Solhaug, M (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie- en ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Bøckmann, K og Kjellebold, A. 2010. *Pårørende i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Cecil, R. og Thompson, K. og Parahoo, K. og McCaughan, E. (2012). Towards an understanding of the lives of families affected by stroke: a qualitative study of home carers. *Journal of advanced Nursing*. Vol 69 (8). (S: 1761 – 1770).

Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. Universitetsforlaget.

Dalland, O (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Draper, P. og Brocklehurst, H. (2005). The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*. Vol (16). (S: 264 – 271).

Eide, H. og Eide, T.E. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtoft, AK. (2012). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Forsberg-Warleby, G, Möller, A og Blomstrand, C (2004). Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. Vol: 36. (S: 4-11).

Forsberg, C og Wengström, Y (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bökforlaget Natur och Kultur.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Høringsnotat: Lov om pasientrettigheter*. [Online]. Lastet ned 27. Feb. 2015, fra:

https://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/ryddemappe/hod/norsk/dok/andre_dok/hoeringsnotater/horingsnotat-lov-om-pasientrettigheter8/id410220/

Helsinki-deklarationen. (2000). *Lægeforeningen* [Online]. Lastet ned 2. Mars. 2015, fra:

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning%20og%20regler/ETIK/WMA_DEKLARATIONER/HELSINKI_DEKLARATIONEN

Indredavik, B. (2004). *Hjerneslag*. I: Vardeberg, K. og Wekre, L.L. (red.) Lærebok i rehabilitering. (S 125 – 148). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Kirkevold, M. (2008). *Hjerneslag*. I: Kirkevold, M. og Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) Geriatrik sykepleie. (S: 406 – 417). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (2008). Samarbeid med pasient og pårørende. I: Kirkevold, M. og Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) Geriatrik sykepleie. (S: 123- 136). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (2014). *Hjerneslag*. I: Kirkevold, M. og Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.). Geriatrisk sykepleie. (S: 464 – 480). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. [Online]. Lastet ned 6. Feb. 2015, fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Reitan, A. M. (2010) Mestring. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (S: 74 – 107). Oslo: Akribe AS.

Smith, L.N. og Lawrence, M. og Kerr, S.M. og Langhorne, P. og Lees, K.R. (2003). Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *Journal of advanced Nursing Vol. 46 (3)*. (S: 235 – 244).

Stubberud, DG og Eikeland, A. 2013. Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I: Stubberud, DG. (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (S: 165- 185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

VEDLEGG 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste artikler	Inkluderte artikler
Stroke AND spouse or partner AND experience	18/01-15	Cinahl	6 treff	6 overskrifter 6 sammendrag 2 artikler	2 artikler
Stroke AND spouse or partner AND life	19/01-15	Cinahl	10 treff	10 overskrifter 3 sammendrag 2 artikler	2 artikler
Stroke patients AND relatives AND experience	19/01-15	Cinahl	4 treff	4 overskrifter 3 sammendrag 1 artikkel	1 artikkel
Stroke patients AND relatives AND experience	19/01-15	PubMed	13 treff	13 overskrifter 4 sammendrag 1 artikkel	1 artikkel
Stroke patients AND relatives or family AND mastery	19/01-15	Cinahl	1 treff	1 overskrift 1 sammendrag 1 artikkel	1 artikkel
Stroke patients AND relatives	23/01	Cinahl Complete	26 treff	26 overskrifter 5 sammendrag 1 artikkel	1 artikkel
Stroke AND home AND family AND qualitative	1/02	Cinahl Complete	10 treff	10 overskrifter 5 sammendrag 1 artikkel	1 artikkel
Stroke AND home AND family AND psychosocial factors	1/ 2	Cinahl Complete	23 treff	23 overskrifter 3 sammendrag 1 artikkel	1 artikkel
Stroke AND home AND psychological AND caregiver AND burden AND strain	1/ 2	Cinahl Complete	5 treff	5 overskrifter 4 sammendrag 1 artikkel	1 artikkel

VEDLEGG 2: Litteraturmatriser

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Backström, B, Asplund, K og Sundin, K (2010).</p> <p>The meaning of middle-aged female spouses lived experience of the relationship with a partner who has suffered a stroke, during the first year postdischarge.</p> <p><i>Nursing Inquiry: 17(3): 257-268.</i></p>	<p>Konsekvenser av hjerneslag presentere en stor langsiktig utfordring til ektefeller av hjerneslag lidende</p> <p>Denne studiens hensikt ble brukt til å belyse betydningen av middelaldrende kvinnelige ektefellenes erfaring av sitt forhold med en partner som har hatt slag, i løpet av det første året etter utskriving.</p>	<p>Female, lived experience , phenomenological hermeneutics, spouses, stroke.</p>	<p>De som var med på denne kvalitative studien var fire middelaldrende kvinner. Ektefeller av personer med en bekreftet diagnose på førstegangs slag. Før utskrivingen, informerte sykepleier deltakerne om studien og spurte om tillatelse om at den første forfatteren fikk kontakte dem. Intervju ble gjort 1, 6 og 12 måneder etter utskriving til hjemmet. Det var et åpent spørsmål: Kan du vær så snill å fortelle meg om livet ditt som ektefelle akkurat nå? Alle intervjuene ble spilt inn på tape med deltakerens samtykke. Alder på ektefelle var mellom 40-58 år.</p>	<p><u>1.månede etter utskriving</u></p> <p>Følelse av bekymring, motløsthet, levd i en knust verden, tvunget inn i ansvaret og rollen som sykepleier eller mor. Redd for å miste partner og ekteskapelig forhold. To temaer: Redd for å miste forholdet og miste sin egen identitet. Flere undertemaer: oppfatte skjørhet, bli fremmedgjort, holde fast på ekteskapelig forhold, å være i selvfornektelse, miste identiteten som ektefelle, strever med å finne tilbake til seg selv.</p> <p><u>6 måneder etter utskriving</u></p> <p>Følelser av tristhet, frustrasjon, tapte følelser av slektskap og en kamp for å gjenvinne gjensidighet i forholdet deres. Håp for forandring og fortvilelse av å ikke få forholdet tilbake om det en gang var. Finne ny mening til tross for endringer. To hovedtemaer temaer: Å være i en kamp for å gjenopprette det</p>	<p>Ut i fra funnene i denne studien er vi sikre på at vi kan bruke dette til å belyse våres problemstilling. Denne studien er delt opp i 1 måneder, 6 måneder og ett år etter utskriving til hjemmet. Våres oppgave handler om pårørendes opplevelse/erfaring er etter et førstegangsslag og har begrenset det til ett år og i hjemmet.</p> <p>Vi har funnet</p>

			<p>Intervjuene ble i første fase lest vær for seg flere ganger. Dette ga en forståelse for vær enkel tekst. I andre fase ble teksten analysert for å identifisere ulike temaer og undertemaer. I tredje fase ble resultatene satt sammen for å oppnå en helhetlig forståelse.</p>	<p>ekteskapelige forhold og føle seg ensom sammen. <u>1 år etter utskriving</u> Hovedtemaer: Sørgende tapet av ekteskapelig forholdet i stillhet, å være fanget i et drenert ekteskapelig forholdet, Søker for egen plass og velvære <u>Konklusjon:</u> Gi slipp på et bilde av et balansert og gjensidig ekteskapelig forhold, som det hadde vært før slaget. Uønsket forhold på grunn til etisk etterspørsel, troskap til og kjærlichkeit til sin partner som han var før slaget. Selvnektelse og usynlighet i deres forhold. Forståelse av livet er en bro som kan gjøre utholdelig lidelse utholdelig. Dele følelser med noen som lytter. Funnene i studien gir viktig innsikt inn i varig opplevelse av et forhold under det første året etter utskriving, som kan legge til rette for en større forståelse av ektefellenes opplevelser av sorg og lidelse. I lys av resultatene, vurdering og intervensjon inkluderer bevissthet om langsiktig virkningen av endringer i forholdet og tap oppleves av ektefellene. Selv om partneren er fortsatt er i live: sørge og bli forstått, en viktig del av overgangen</p>	<p>mange funn i denne studien som indikerer at pårørende har et ansvar og følelser av bekymring, tristhet, frustrasjon, håp, fortvilelse, ensomhet osv. Disse følelsene vil vi videre bruke i vår oppgave.</p>
--	--	--	---	--	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Backström, B og Sundin, K (2009). The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke – six months after discharge from a rehabilitation clinic.</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2010; 24; 116–124</i> <i>doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00694.x</i></p>	<p>Det har det siste året vært en økende interesse for livssituasjon for mennesker som lever med og det å være nær noen som er rammet av sykdom.. Å være en nær slektning bringer med seg et stort antall konsekvenser.</p> <p>Målet med denne studien var å belyse erfaringer fra å være en middelaldrende nær slektning av en person som har gjennomgått et slag seks måneder etter å ha blitt utskrevet fra en medisinsk rehabilitering klinikk</p>	<p>Caregivers, family, life experiences, middle-aged, qualitative research, stroke</p>	<p>Denne studien er en del av en langsgående kvalitativ undersøkelse. Nære slektninger av personer med en bekreftet diagnose på et førstegangs hjerneslag ble inkludert og intervjuet i en første studie om hvordan de opplevde sin livssituasjon. De ble også bedt om å delta i den andre studien 6 måneder senere.</p> <p>Gjennomsnittsalderen var 40–64 år.</p> <p>De nære slektninger ga sitt personlige informerte samtykke til deltakelse og ble sikret konfidensialitet. De ble også informert om sin rett å trekke sin deltakelse uten begrunnelse, dermed sikre deres integritet.</p>	<p><u>Sliter for å få kontroll og en fornyelse av familielivet:</u> Langvarig, tung kamp, følelse av å være uforberedt og hele tiden prøve å søke kunnskap og innsikt. Etter flere måneder: følelse av at de begynte å tilegne seg ny praktiske rutiner i familiens daglige liv- å ha mer kontroll. Økt følelse av frihet. Beskrev livet som en berg og dalbane Deres sosiale liv var fortsatt begrenset. Spontanlivet var borte. Ansvar alene og ansvar for det deres nærme hadde utført før slaget- ekstra arbeidsbelastning. Økonomiske beslutninger og ansvarstress. Følelse av tretthet og utilstrekkelighet pga. omsorg til pasienten og resten av familien.</p> <p><u>Sliter i skyggen</u> Hverdagen ble okkupert av en følelse av ansvar og omsorg, selv om personene hadde hjelp fra hjemmetjeneste. De opplevde at hjemmetjenesten også var opptatt og visste at det ikke var nok tid</p>	<p>Denne studien er relevant for våres oppgave fordi den beskriver hvordan pårørendes erfaringer, tanker og følelser er når det gjelder å være en nær slektning av en person som har gjennomgått et slag. I studien kommer det frem til ulike temaer som kan belyse pårørendes tanker og følelser. Blant annet en følelse</p>

			<p>Analysen ble utført i flere trinn. Først ble alle intervjuene lest gjennom flere ganger for å få en følelse av teksten som helhet.</p> <p>Ut i fra tolkning fra intervjuene kom det frem et bestemt tema; Sliter for å få kontroll og en fornyelse av familie liv i skyggen av lidelse og håp. Med flere undertema; Sliter for å få kontroll og en fornyelse av familielivet, sliter i skyggen, få styrke og tilrettelegge hverdagen, møte med endrede relasjoner og en følelse av tap og orientere seg mot en ny fremtid</p>	<p>for de ansatte å vente og støtte personen med hjerneslag til å gjøre ting på hans/hennes egen måte.</p> <p>Kamp for å oppsøke informasjon og oppnå et tilstrekkelig nivå av assistanse til å hjelpe pasienten – skaper tyngre arbeidsbelastning, følelser av frustrasjon, usikkerhet og tap av tro på helsepersonell. I møter og samtaler med profesjonell helsehjelp opplevde de at de ble neglisjert at «de bare var der for å lytte, ingen tenkte at kanskje jeg trenger hjelp».</p> <p><u>Få styrke til å lette hverdagen</u></p> <p>Nærvær av venner og slektninger, og viktigheten av å kunne dele og losse følelser, angst og bekymringer som viktig. Møte med andre i lignende situasjon som viktig. Arbeidsplassen var viktig for de nære slektningene. Å være på jobb ble beskrevet som et «pusterom»</p> <p><u>Håndtering av endrede relasjoner og en følelse av tap</u></p> <p>Gradvis vanskeligheter med å mestre sin rolle som omsorgspersoner. Følelser av å miste sin egen identitet gjennom å være mer av en omsorgsperson eller en «mor» til den slagrammede og mindre av en kone. Deres partner ble en annen person, ble mer selvpptatte, viste ikke omtanke</p>	<p>av å være uforberedt, ansvar og omsorg, tap av kontroll, en økonomisk belastning, men også etterhvert en følelse av frihet når de etter hvert tilegnet seg nye praktiske rutiner. Disse funnene vil være med å belyse vår problemstilling, som handler akkurat om pårørendes opplevelser/erfaringer.</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>om det familien måtte gå gjennom og ansvaret. Kognitive endringen i personlighet var vanskeligere å håndtere enn noen fysisk funksjonshemming. Å leve med noen som du opplever som å være en annen person, som er den største vanskelighet.</p> <p><u>Orienter seg mot en ny fremtid</u> Legge vekt på de gode sidene ved situasjonen- viktigheten av å leve i håp. Forbedring tar tid og at det verste var nå bak dem, "å se den lyse siden i livet". De hadde en tro i sin egen evne til å takle vanskeligheter. En mer ydmyk måte å tenke om livet- ta en dag om gangen. Deres relasjoner med slektninger og venner hadde blitt mer meningsfylt i lys av sine tap. Takknemmelighet om at det faktisk at ting kunne vært verre- deres kjære var fortsatt i live. Ubetydelige forbedringer ga håp om positive endringer. De uttrykket også en stor følelse av tap og deres dypeste ønske var å få tilbake den personen som den syke brukte å være før slaget.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Hovedfunnene viste at nærslektninger mente at de var i en kamp for normalitet og kontroll i skyggen av lidelse og håp.</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>Resultatet indikerer at store konsekvenser for middelaldrende nære slektninger var endringer i relasjoner og konflikter mellom å være en omsorgsperson og en nær slektning.</p> <p>Helsepersonell må forstå og gi støtte, se og lytte til nære slektninger. Funnene understreker at helsepersonell trenger kunnskap om de nære slektingers opplevelser av identitets- konflikter og sine følelser av å være fanget i en omsorgs rolle. En forståelse av disse problemer kunne legge til rette for de nærmeste slektingene trivsel.</p>	
--	--	--	--	---	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Baert Ilse, I, Feys, H, De Wit, L, Putman, K og De Weerdt, W (2008). Stroke caregivers strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. <i>Disability and Rehabilitation</i>, 2008; 30(7): 523 – 530. <i>DOI:</i> 10.1080/09638280701355645</p>	<p>Denne studien tar sikte på å undersøke utbredelsen og forskjeller over tid av omsorgspersonens 'belastning i de første 6 måneder etter hjerneslag og å forutsi omsorgspersons belastning basert på pasienters og omsorgspersonenes egenskaper.</p>	<p>Caregivers, stroke, strain, prevalence, determinants</p>	<p>127 pasienter ble først identifisert og tatt med i studien. 90 pasienter ble med på alle de tre oppfølgningene av ulike grunner. To av kriteriene for å være med var at pasienten opplevde et førstegangsslag og alder 40-85 år. Pasienter og omsorgspersoner var med. Belastning av omsorgspersoner ble målt 2, 4 og 6 måneder etter hjerneslag ved hjelp av «Caregiver Strain Index» Score på over 7: under belastning.</p>	<p>Resultatene som kom frem i studien var: <u>2 måneder etter hjerneslaget:</u> 28 % av omsorgspersonene var under belastning. Følelse av overveldelse var rapportert høyest. <u>4 måneder etter hjerneslaget:</u> 31 % av omsorgspersonene var under belastning. Avgrensinger var rapportert høyest på denne tidspunktet. <u>6 måneder etter hjerneslaget:</u> 29 % av omsorgspersonene var under belastning. Fortsatt var avgrensinger rapportert høyest. 4 mest vanlige temaene (faktor av belastning): Avgrensinger, følelse av overveldelse, forandring i personlige planer og familie justeringer.</p>	<p>Omsorgspersonene i denne studien opplever belastning i hverdagen. Ulike temaer dukker opp som er en faktor for belastning, som f.eks. en følelse av overveldelse, og vi mener at denne studien vil være med på å belyse vår problemstilling om hvordan pårørende opplever hverdagen. Belastning er en følelse og opplevelse som er viktig å ha med.</p>

				<p>Atferds bekymringer var mer rapportert i 4. måneden enn 2. og 6. måneden. På grunn av: De fleste pasientene var fortsatt i rehabilitering 2. måneden og ikke før pasiente var hjemme begynte de å tenke på dette. Alle pasientene var hjemme under 4. måneden i undersøkelsen.</p> <p>Disse funnene understreker viktigheten av maksimal fysisk utvinning og optimal RE integrering i samfunnet. Dette er ikke bare viktig for pasientene selv, men også en forutsetning for å redusere belastningen på sin omsorgspersoner.</p>	
--	--	--	--	---	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Barbara J. Lutz, Mary Ellen Young, Kim J. Cox, Crystal Martz og Kerry Rae Creasy (2013).</p> <p>The Crisis of Stroke: Experiences of Patients and Their Family Caregivers.</p> <p><i>Topics in Stroke Rehabilitation.</i>; 18(6): 10.1310/tsr1806-786. doi: 10.1310/tsr1806-786</p>	<p>Omtrent 4,8 millioner slagrammede lever i samfunn med noen grad av funksjonshemming som krever hjelp fra familien omsorgs. Familieomsorgspersoner er ofte uforberedt på de kravene som kreves av dem. Hensikten med denne studien var å undersøke behovene til slagpasienter og deres familieomsorgspersoner etter de har overført gjennom slagbehandling fra akutt omsorg til innleggelse i rehabilitering til hjemmet.</p>	<p>Caregiving, discharge, planning, qualitative research, stroke</p>	<p>Pasienter eller deres primære omsorgspersoner ble kontaktet av et forskerteam og informert om studien. Deltakerne ble intervjuet mens pasientene fortsatt var på rehabilitering eller så nær utskrivning som var mulig. Noen av deltakerne ønsket å delta i studien, men ønsket å utsette intervjuet pga. overgangen fra rehabilitering til hjemmet var så overveldende. Disse intervjuene ble gjennomført i løpet av fire dager- seks uker etter utskrivning. Det andre intervjuet ble</p>	<p>Deltakerne beskrev sine erfaringer som en serie av tre faser: Krisen av slaget, forventninger til bedring og krisen av utskrivning. De identifiserte viktige dimensjoner i hver fase.</p> <p>Første skjedde når pasienten fikk diagnosen hjerneslag. En tid med høy angst og sjokk. Når pasientenes helsetilstand ble stabilisert, begynte både familie og pasient å se fremover til neste trinn i fokus på bedring. Planlegging av rehabilitering. Dette var en tid for optimisme og håp. Men deres oppfatning var ikke lik som helsepersonellet. Pasient og familie trodde at pasienten skulle bli helt frisk, men for helsepersonell kan betydningen «å bli bedre» bety en liten, men bemerkelsesverdig endring i funksjon f.eks bedre balanse, økt styrke. En lettelse over at pasienten overlevde slaget. Utskrivelse til hjemmet var vanligvis en etterlengtet begivenhet for slagrammede og pårørende. Å innse at</p>	<p>I denne studien blir deltakerne intervjuet etter utskrivelse. Deltakerne beskrev sine erfaringer som en serie av tre faser: Krisen av slaget, forventninger til bedring og krisen av utskrivning.</p> <p>Ut i fra disse funnene vil vi fokusere mest på den siste fasen, der det blir beskrevet litt om situasjonen hjemme. Det å bringe den slagrammede hjem bydde på miksede følelser og ut i fra det deltakerne</p>

			<p>gjort innen seks måneder etter på et sted som var praktisk for både pårørende og pasient (vanligvis hjemme). De fikk mulighet til og både bli intervjuet sammen eller separat. Det første intervjuet fokuserte på pasientens og familiemedlemmenes planer og behov for omsorg i hjemmet. Det andre intervjuet ble deltakerne bedt om å sammenligne deres opplevelser av hjerneslagets forbedring og pårørendes opprinnelige forventinger. Data ble analysert ved hjelp av dimensjonsanalyse. Data ble samlet inn mellom januar 2008 og august 2009 via to intervjuer. Et tverrfaglig forskerteam møttes ukentlig for å</p>	<p>den slagrammede ble utskrevet selv om de ikke hadde møtt sine funksjonelle mål og at familien måtte forberede pasienten. Ny krise. Hva skal gjøres? Hvem skal gjøre hva? Hvilke utstyr trenger de i hjemmet? Økonomi? Bringe den overlevende hjem bydde på blandete følelser. Når pasientene kom hjem, begynte omsorgspersonene å innse oppgavene foran dem. De var nå ansvarlig for å gi omsorg 24 timer i døgnet, 7 dager i uken. Tar på seg ansvaret for å administrere flere medisiner på ulike tidspunkter i løpet av- bekymringer. Natte atferd og økonomiske byrder presenteres også alvorlige utfordringer for mange omsorgspersoner. Økonomiske vanskeligheter var en byrde. Tapt inntekt fra pasienter og / eller omsorgspersoner som arbeidet før slaget og uttømming av pensjon sparing for å dekke kostnadene av medisiner, utstyr og tjenester som ikke var dekket av forsikringen var en kilde til bekymring. Opprettholde husholdningen, betale regninger, gjøre vaskeri, forbereder måltider, og hagestell. I tillegg hadde de lagt ansvaret for å holde styr på og få pasientene til flere avtaler og administrere medisiner. I løpet av denne</p>	<p>beskriver i denne studien mener vi at funnene kan brukes til å belyse våres problemstilling til en viss grad.</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>diskutere den pågående analyse og skrev notater for å skape en pågående revisjonsspor for å dokumentere og registrere studiens</p> <p>Studien omfatter 20 pasienter.</p> <p>Gjennomsnittsalderen på ektefelle var 58 år.</p>	<p>fasen, fant omsorgspersonene at de var forventet å ta på økende ansvar for å møte pasientenes behov og bekymringer. Dette resulterte i redusert fokus på seg selv og sin egen helse over tid. Egenomsorg er ofte det siste elementet på omsorgspersoner 'liste over daglige oppgaver.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Omsorgspersonene beveger seg gjennom de ulike fasene der de kanskje ikke er helt sikre på rollen de begår seg ut på eller god nok forståelse over situasjonen. Ikke tilstrekkelig tid til å håndtere sjokk og krise av hjerneslagets hendelse, i tillegg krisen av utskrivelse og alle de nye oppgavene som må håndteres. Omsorgspersoner- intensiv intervensjon mens pasientene fortsatt er i rehabilitering og overgangen til hjem, spesielt i den første måneden. Grundig, systematisk vurdering av hjelperens behov og evne til å ta på seg omsorgsrollen og bevissthet om potensialet for dårlige resultater. Følte isolert, forlatt, og alene, "hadde blitt dyttet utfor et stup" når de ble utskrevet hjem.</p>	
--	--	--	---	---	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Cecil, R. og Thompson, K. og Parahoo, K. og McCaughan, E. (2012)</p> <p>Towards an understanding of the lives of families affected by stroke: a qualitative study of home carers.</p> <p><i>Journal of advanced Nursing. Vol 69 (8).</i> S: 1761 - 1770</p>	<p>Studien ønsket å undersøke hvordan omsorgspersoner takler det og ha omsorg for en hjerneslagoverlevende i hjemmet, og identifisere faktorer som har innvirket deres liv.</p>	<p>Carers, community, nursing, qualitative interviews, stroke.</p>	<p>30 omsorgspersoner av hjerneslagoverlevende var intervjuet i perioden 2008 – 2010. 23 av dem var kvinner, 7 av dem var menn. 19 av dem var ektefeller, 7 av dem var voksne barn av den slagrammede.</p> <p>Data ble innsamlet via semistrukturerte intervjuer 6 uker etter utskrivning fra sykehuset. Under intervjuet ble deltakerne oppmuntret til å fortelle sin egen historie om slagepisoden og hvordan det har i etterkant gitt innvirkning i deres liv. Intervjuene ble gjort i deltakernes hjem og alt ble tatt opp på bånd. 9 kategorier var identifisert fra analysen.</p>	<p>9 kategorier: Endret livsstil Noen rapporterte å måtte gi opp arbeidet, enten helt eller delvis for å oppfylle deres omsorgsrolle. Å opprettholde sysselsettingen kunne være svært stressende. Mange opplevde usikkerhet i forhold til det å opprettholde jobben. Andre begrensinger og restriksjoner var blant annet: Tap av venner og sosialt liv, tap av tillit osv. Mange nevnte også det med ansvar, at de sliter med å takle ansvaret for å håndtere familiens økonomi for første gang. Bekymringer: De viktigste bekymringene blant deltakerne var at den slagrammede skulle få et nytt slag og bli mer ytterlige ufør eller skader. Vanskelig å skulle håndtere alt på egenhånd. Bekymret for egen helse, bekymret for barna (de som hadde det), økonomiske bekymringer, møte opp til avtaler som ressurs og tidskrevende. Psykiske problemer: Uforutsigbar, følelsemessige og mentale helse, stemningen,</p>	<p>Denne studien er veldig relevant for problemstillingen. Det kommer flere eksempler og utsagn fra pårørende, noe som gir oss et godt innsikt i hvordan de kan tenke, føle og hvordan det situasjonen kan påvirke dem i tiden etter utskrivelsen. Den gir mange viktige implikasjoner for vår problemstilling og kan belyse situasjonen fra mange ulike vinkler.</p>

				<p>humørsvinginger, bekymret for den slagrammedes mentale velvære, bekymret for egen mental velvære, mye på en gang, skyldfølelse, noen følte seg egoistisk. Helsepersonell: Noen opplevde skuffelse over oppfølgingen, mangel på støtte, mens noen synes det motsatte. Noen var skuffet over kvaliteten, noen syntes problemet lå i tilgangen til tjenesten osv. Informasjon og kunnskap: Noen sa de var godt informert, mens noen sa informasjonen var utilstrekkelig. Støtte fra familien: Dele omsorgen blant familiemedlemmene, stor betydning, stor støtte. Egen helse og trivsel: Noen rapporterte dårlig søvn, panikkanfall, drikker for mye, trøtt, frustrert, ingen tid til seg selv, dårlige fysisk helse, høyt blodtrykk, rygg og ben smerte osv. Takknemlighet og tro: Uavhengig av graden av virkingen i slaget, hadde deltakerne tendens til å uttrykke takknemlighet for at situasjonen ikke ble verre. Finne det å være positiv over som for eksempel støtte fra familie osv. Forholdet: Kjærlighet, tålmodighet osv.</p>	
--	--	--	--	--	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Draper, P. og Brocklehurst, H. (2005).</p> <p>The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study.</p> <p>Vol (16). Journal of Clinical Nursing. S: 264 – 271.</p>	<p>Et hjerneslag påvirker ikke bare til en person som lider av det, men også til familien, og spesielt er pasientens ektefelle sårbare. Denne litteraturen tyder på at konsekvensene for ektefellen kan både være fysisk, psykisk, økonomisk og sosialt.</p> <p>Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av slag på slagpasientens partner og om pasientens grad av funksjonshemming ga noe spesifikk forskjell. De</p>	<p>General health, neurology, nurses, nursing, spouses, stroke</p>	<p>Stroke Support Service kontaktet par som hadde opplevd slag de siste 12 månedene. En kvantitativ tilnærming ble benyttet for å undersøke 44 par som frivillig ønsket å delta i studien.</p> <p>Blant de 44 som ble rekruttert til studien, var 31 av ektefellene kvinner og 13 var menn. Pasientenes alder varierte fra 26 – 91 med en gjennomsnittsalder på 67 år. Ektefellene varierte fra 27 – 83 år med en gjennomsnittsalder på 65 år. Gjennomsnittslengden siden slaget var 6 måneder. Lengden på ekteskapet varierte fra 4 – 59 år.</p> <p>24 av pasientene hadde opplevd høyresidig slag, 20 av pasientene venstresidig slag, 21 av pasientene var påvirket i talen til en viss grad, mens talen til de resterende 23 forble upåvirket.</p> <p>Intervjuene ble utført under</p>	<p>I ”The Barthel Index” var poengsummen rangert til 100, der 100 betydde at pasienten var helt uavhengig, til 10, som indikerte at pasienten var avhengig av hjelp til aktivitet i hverdagen. 11 pasienter scoret mellom 10 og 50. Gjennomsnittscoren var 68. Resultatene viste også det var flere eldre pasienter i studien som var hjelpetrengende enn yngre.</p> <p>Deltakerne scoret høyt på ”General Health Questionnaire”. Disse resultatene viser en større grad av psykiske plager blant ektefellene. Ektefeller av slagpasienter hadde mer emosjonelle plager samt betydelig lavere psykologisk velvære sammenlignet med normalverdiene.</p> <p>”Caregiver Strain Index” hadde ”ja” – ”nei” spørsmål. Spørsmålene som deltakerne svarte mest ”ja” på var spørsmål angående om ektefellen hadde planer som måtte forandres på grunn av at han/hun skulle ta seg av</p>	<p>I forhold til problemstillingen viser denne studien at ektefeller av slagpasienter opplever betydelig mer psykiske og emosjonelle plager sammenlignet med normalverdiene. Slaget påvirker ektefellene psykisk og fysisk og fleste parten av ektefellene i denne studien hadde det vanskelig i å se på slagpasienten som den han/hun var før. De fleste opplevde også å forandre fremtidige planer på grunn av slagpasienten. Studien nevner også at slagpasientens grad av uførhet som følge av slaget påvirket opplevelsen av påkjenning og</p>

	<p>ønsket også å undersøke om taleforstyrrelser som følge av slaget gav noe signifikant forskjell.</p>		<p>hjemmebesøk med deltakerne.</p> <p>Den første fasen: Brukte studien en rekke virkemidler for å utforske forholdet mellom type og omfang av gjenværende funksjonshemming hos pasienten, og belastning og psykisk velvære hos partneren.</p> <p>I den andre fasen: En kvalitativ fase hvor studien ønsker å gjøre det mulig for ektefeller å beskrive med egne ord om hvordan slaget og omsorgen for slagpasienten innvirket deres liv.</p> <p>”The Barthel Index” ble anvendt for å identifisere omfanget av pasientens gjeldende uførhet. Denne skalaen måler funksjonell kompetanse av nevrologiske pasienter. ”General Health Questionnaire” ble brukt for å vurdere ektefellens psykiske tilstand. Til slutt ble ”Caregiver Strain Index” benyttet for å måle stress og belastning som kan oppstå ved omsorgspersoner for fysisk syke og personer med nedsatt funksjonsevne i samfunnet.</p>	<p>den slagrammede, <u>31 av 44 svarte ja</u>. I spørsmål om den slagrammede hadde forandret seg fra å ”være den de kjente før” til en ”annen person”, svarte <u>28 av 44 ja</u>. Videre spørsmål handlet om blant annet søvn, jobb, emosjonelle tilpasninger, familie osv.</p> <p>Studien viser også funn som indikerte i at ektefeller av slagpasienter som rammes av taleforstyrrelser, har større sjanse for å utvikle depresjon. Taleforstyrrelser kan ha en stor påvirkning på kvaliteten på forholdet mellom ektefelle og partner etter et hjerneslag.</p> <p>Resultatene fra denne studien tyder også på at ektefellene opplever vansker i forbindelse med omsorgsrollen og mange opplever belastninger. Ektefellens belastning kunne også være relatert til alvorlighetsgraden av slagpasientens uførhet (Funksjonssvikt som følge av slaget) og kunne også være korrelert med ektefellens oppfatning av pasientens uførhet. Det er mulig at kvaliteten på forholdet mellom pasient og ektefelle samt ektefellens egen fysiske og psykiske helse før slaget har konsekvenser på</p>	<p>belastning hos ektefellen. Studien nevner spesielt ektefeller av slagpasienter med taleforstyrrelser. De har større sjanse for å utvikle depresjon og det har stor påvirkning på kvaliteten i forholdet. Ektefellen egens psykiske og fysiske tilstand samt kvaliteten på forholdet mellom ektefelle og pasient før slaget kan også påvirke hvilken grad ektefellen opplever belastninger etter slaget. Studien gir viktige implikasjoner til vår problemstilling.</p> <p>Viktige nøkkelfunn: Psykiske og emosjonelle plager, endret syn på partner, endring i planer, belastninger, pasientens grad av uførhet, tiden før slaget (kan ha stor betydning).</p>
--	--	--	---	--	--

				hvor stor belastning ektefellen opplever etter slaget.	
--	--	--	--	--	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Forsberg-Warleby, G, Möller, A og Blomstrand, C (2004).</p> <p>Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke.</p> <p><i>Journal of Rehabilitation Medicine; 36: 4-11</i></p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke om ektefellenes livstilfredshet endret seg mellom deres liv før deres partners slag, og på fire måneder og ett år etter hjerneslag, og for å studere sammenhengen mellom ektefellenes livstilfredshet og objektive kjennetegn ved slagpasientene.</p>	<p>Stroke, caregivers, rehabilitation, adaptation, psychological, personal satisfaction, quality of life</p>	<p>67 pasienter. 83 ektefeller. (67 ektefeller i det 2.intervjuet). 70 % var kvinner. Gjennomsnittsalder på pasient: 58 år. Gjennomsnittsalder på ektefelle: 57 år. Følgende kriterier: bekreftet diagnose på førstegangsslag, ingen bevis for eksisterende kjent ondartet eller annet raskt progressive medisinsk sykdom, alder under 75 år, bosatt i Gøteborg eller nært, snakket og forstod svensk. Livstilfredshet ble målt med en Life Satisfaction Checklist. Denne sjekklisten består av 9 elementer: tilfredshet med: «livet som helhet», evne til å håndtere egenomsorg, fritid, yrkessituasjon, økonomisk situasjon, seksuelle liv, partner forhold, familie liv og kontakt med venner og bekjente. Det er en 6-karakterskala for hvert element fra 1 ("svært</p>	<p>Tre temaer som ble analysert og presentert separat. Endring i livstilfredshet, relasjoner mellom ektefellenes nivå av tilfredshet og deres alder og kjønn og relasjoner mellom ektefeller nivå av tilfredshet og karakteristikkene av pasienter med hjerneslag. Ektefellenes tilfredshet med livet som helhet, fritid, yrkessituasjon, seksualliv, partner forholdet og kontakt med venner og bekjente var tydelig redusert mellom tiden før slaget og 4 måneder etterpå. Mellom 4 måneder og ett år etter slaget, ingen statistisk signifikante forandringer skjedde i noen områder av livet. Ektefeller av pasienter med sensorisk svekkelse og lav evne til egenomsorg var mindre fornøyd med sin fritid</p>	<p>I denne studien sier de noe om ektefellenes livstilfredshet fra før slaget, til et år senere. Funnene indikerer at dette endrer seg, samt livet som helhet, fritid, yrkessituasjon, seksualliv, partner forholdet og kontakt med venner og bekjente, og sier at dette blir tydelig redusert. Dette er et viktig tema i forhold til å belyse vår problemstilling. Ektefellenes hverdag blir påvirket at redusert livstilfredshet.</p>

			<p>misfornøyd") til 6 ("svært fornøyd"). Deltakerne vurderte deres livstilfredshet i et intervju som også inkluderte åpne spørsmål om deres opplevelse av pågående livssituasjon. Ca. 10 dager etter slag, oppfølging: 4 måneder og 1 år. Oppfølgings intervju ble gjennomført i ektefellens hjem.</p>	<p>situasjon, daglige okkupasjoner, egen evne til egenomsorg, seksualliv og forholdet. Ektefeller av pasienter med kognitiv svekkelse, depresjon var mindre fornøyd med sitt partnerskap, familielivet og seksualliv. Sterkere ett år senere enn 4 måneder. Studien viser at ektefellenes livstilfredshet ofte påvirkes etter hjerneslaget. Negative og positive retninger. Det er behov for støtte over lang tid periode som fokuserer på det sosiale, yrkesmessige og fritiden av ektefeller, så vel som for pasientene. Starte allerede i rehabiliteringsfasen. Behov for få bedre forståelse av årsakene til endring i ektefellenes livstilfredshet i løpet av tiden etter hjerneslag.</p>	
--	--	--	--	--	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Smith, L.N. og Lawrence, M. og Kerr, S.M. og Langhorne, P. og Lees, K.R. (2003). Informal carers' experience of caring for stroke survivors. <i>Journal of advanced Nursing Vol. 46 (3).</i> S: 235 – 244.</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive hvilke erfaringer omsorgspersonene til hjerneslag - overlevende hadde et år etter slaget.</p>	<p>Stroke, informal carers, patients, stroke survivors, nursing</p>	<p>90 omsorgspersoner av hjerneslag – overlevende fra to sykehus i Scotland ønsket å delta i studien.</p> <p>Deltakerne ble besøkt i deres hjem, et år etter hjerneslaget. Studien valgte et år fordi 1: Den funksjonelle statusen til de fleste pasientene hadde stabilisert seg etter 12 måneder. 2: Meste parten av rehabiliteringen hadde opphørt et år etter slaget. 3: Omsorgspersoner hadde etter denne tidsperioden hatt ”omsorgsrollen” i noen måneder.</p> <p>Demografiske data av pasient og omsorgsperson ble samlet inn. Et semistrukturert intervju ble holdt til hver av omsorgspersonene og tatt opp på bånd. Intervjuene ble analysert og sammenlignet med hverandre. Resultatene ble gjort om til ulike kategorier.</p>	<p>Mange omsorgspersoner opplevde strukturelle endringer (dusjer, trappeheiser), påkrevde søknader, ventelister – alt kom til å ta tid. Dette skapte problemer blant omsorgspersonene. Flere følte etter utskrivning at de måtte gi omsorg uten ”ferdighetstrening”. De som hadde omsorgsferdigheter og kunnskap om hva som kunne forventes etter et hjerneslag så ut til å bekymre seg mindre.</p> <p>Mange omsorgspersoner følte ikke seg godt nok oppfulgt i tiden etter slaget, dermed følte de seg forlatt. Dårlig oppfølging, mangel på informasjon om tjenester, økonomisk bistand osv. Ekstra byrder i hverdagen. Noen opplevde det motsatte. Mange opplevde også atferdsendringer hos pasienten som noe av det verste. Blant de mange funnene viser denne studien at hjerneslag er på mange måte avhengig av omsorgspersonen for pasienten. For å ta ansvar og utøve en viss kontroll trenger omsorgspersoner å lære hvordan de tar</p>	<p>I forhold til vår problemstilling kommer det frem mange viktige funn sett fra pårørendes vinkel etter et hjerneslag. Det kommer blant annet frem hva pårørende opplevde som belastende og hvordan dette påvirket den videre situasjonen. Studienes funn kan være til stor hjelp i å belyse vår problemstilling.</p>

				<p>vare på pasientene og dette krever at de har tilgang til god informasjon og utdanning. Kommunikasjon strategier for å forenkle og forbedre livskvaliteten til hjerneslag overlevende og dere omsorgspersoner er også viktig. Oppfølgingen etter hjerneslag krever nye tilnærninger og testing av andre omsorgsmodeller, inkludert sykepleie initiativer, hvis livskvaliteten er så maksimert og ytterligere uførhet begrenset.</p>	
--	--	--	--	---	--