

Pirabin Sivakunathan 10040

Hvordan opplever unge slagrammede hverdagen etter den aktive rehabiliteringsprosessen?

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Gunn Jolanthe Bringsli

Juni 2023

Pirabin Sivakunathan 10040

Hvordan opplever unge slagrammede hverdagen etter den aktive rehabiliteringsprosessen?

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Gunn Jolanthe Bringsli
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge opplever årlig rundt 12 000 mennesker hjerneslag. Av disse tilhører omtrent 20% av de berørte personene en aldersgruppe under 65 år. Hjerneslag utgjør den tredje mest hyppige dødsårsaken i landet og er den primære årsaken til funksjonshemming. Til tross for rehabilitering vil omtrent en tredjedel av dem som rammes, oppleve varig funksjonshemming. Dette har spesielt store konsekvenser for de unge slagpasientene på grunn av de livsfasene de befinner seg i, og det medfører betydelige utfordringer i deres daglige liv.

Hensikt: Undersøke hvordan unge slagrammede opplever hverdagen etter den aktive rehabiliteringsprosessen

Metode: Systematisk litteraturstudie med syv kvalitative forskningsartikler

Resultat: De unge slagrammede opplever fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle utfall som følge av slaget. Disse fire dimensjonene har innvirkning på hverandre.

Konklusjon: Manglende mestring i hverdagen og betydelige utfordringer medfører at unge slagpasienter opplever endrede roller i livet. På grunn av de omfattende påkjenningene og utfordringene er de ikke i stand til å tilpasse seg selvstendig. Sykepleieren har en avgjørende rolle i å undervise, veilede pasienten og samarbeide med andre helsepersonell for å bidra til å tilrettelegge hverdagen.

Abstract

Background: In Norway, approximately 12,000 people experience a stroke annually. Of these, around 20% of the affected individuals belong to an age group under 65 years. Stroke ranks as the third most common cause of death in the country and is the leading cause of disability. Even with rehabilitation, approximately one-third of those affected will experience lasting disabilities. This has particularly significant consequences for young stroke patients due to the life stages they are in, resulting in significant challenges in their daily lives.

Purpose: To investigate how young stroke survivors experience their everyday lives after the active rehabilitation process.

Method: A systematic literature review comprising seven qualitative research articles.

Results: Young stroke survivors experience physical, psychological, social, and existential outcomes as a result of the stroke. These four dimensions have an impact on each other.

Conclusion: Insufficient coping in daily life and significant challenges lead to young stroke patients experiencing altered roles in life. Due to the extensive burdens and challenges, they are unable to adapt independently. The nurse plays a crucial role in educating, guiding the patient, and collaborating with other healthcare professionals to facilitate everyday life.

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Introduksjon.....	10
1.2	Bakgrunnsteori	11
1.2.1	Lazarus og Folkman.....	11
1.2.2	Sykepleierens funksjoner og faglige retningslinjer	11
1.3	Begrepsavklaring.....	12
1.4	Hensikt og problemstilling	12
2	Metode.....	13
2.1	Beskrivelse av metode.....	13
2.2	Inklusjons-og eksklusjonskriterier	13
2.3	Søkehistorikk/søkestrategi	14
2.3.1	Søketabell.....	14
2.4	Vurdering.....	17
2.5	Analyse	17
3	Resultat	19
3.1	Kroppen som svikter	23
3.2	En reise gjennom usikkerhet, frykt og håp	24
3.3	Tap av sosiale sammenkomster, økonomisk uro og familiekonsekvenser	25
3.4	Et nytt perspektiv på livet	26
4	Diskusjon	28
4.1	Fysiske konsekvenser etter slag	28
4.2	Hjerneslagets psykiske ettervirkninger	29
4.3	Sosial integrasjon etter hjerneslag.....	31
4.4	Gjenoppbygging av identiteten	33
4.5	Styrker og svakheter.....	33
4.6	Konkusjon.....	34
	Referanser	35
	Tabell 1 Søketabell	14
	Tabell 2 Hovedtemaer og kategorier	18
	Tabell 3 Artikkelmatrikse.....	19

Antall ord: 7699

1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg innledningsvis gjøre rede for tema for oppgaven, slik at en får en forståelse for sykdommen hjerneslag. Deretter gi en forklaring på aktuell bakgrunnteori og faglige retningslinjer som er relevant for oppgaven. Tilslutt hensikten med oppgaven.

1.1 Introduksjon

I Norge er det årlig omtrent 12 000 personer som blir rammet av hjerneslag. Hjerneslag er den tredje hyppigste årsaken til død, og den vanligste årsaken til funksjonshemming. Den vanligste aldergruppen for de rammede er eldre. Men 20% av de som rammes er under 65 år (Wergeland et al., 2022, s. 371).

Hjerneslag er en fellesbetegnelse på en sykdom hvor hjernen får mangel på blodforsyning, noe som forårsaker skade i hjernen. Verden Helseorganisasjon definerer hjerneslag som en akutt, oppstått vaskulær årsak til forstyrrelse i hjernens funksjoner, enten fokal eller global, som vedvarer i mer enn 24 timer eller resulterer i død (Wergeland et al., 2022, s. 373). Hjerneslag kan deles inn i to typer: hjerneinfarkt og hjerneblødning. Hjerneinfarkt skyldes en tilstopping av en blodåre som fører blod til hjernen. Årsaken til dette kan være en blodpropp fra forskjellige organer i kroppen (Wergeland et al., 2022, s. 373). Hjerneblødning er når en arterie i hjernen sprekker som følge av for eksempel høyt trykk mot åreveggen (Wergeland et al., 2022, s. 373).

Utfallene etter et hjerneslag avhenger av hvor i hjernen skaden oppstår og hvor omfattende selve infarkt eller blødningen er. Et lite slag vil resultere i mindre skader, enn et mer omfattende slag (Helsedirektoratet, 2017). De vanligste utfallene etter et slag er halvsidige lammelser, følelsetap, svelgvansker, språkvansker, svekket balanse, redusert mental funksjon, psykiske plager og smerte. Funksjonsutfallene har en betydelig innvirkning på dagliglivet til de rammede (Helsedirektoratet, 2017). Én tredjedel av dem som blir rammet av slag, vil ha en vedvarende funksjonshemming til tross for tidlig rehabilitering. De vil kreve støtte og veiledning fra samfunnet (Helsedirektoratet, 2017).

1.2 Bakgrunnsteori

1.2.1 Lazarus og Folkman

Lazarus og Folkman definerer mestring som «*constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*» (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Mestring betraktes som en tidkrevende prosess på grunn av de skiftende vurderingene av omgivelsene. For å oppnå mestringsevne, er det nødvendig å kunne håndtere stresset enten kognitivt eller atferdsmessig, avhengig av hva som overstiger ens tilgjengelige ressurser. Ressurser er en viktig faktor i å mestre og er med på å bestemme i hvilken grad og hvilke strategier en må bruke (Lazarus & Folkman, 1984, s. 142-143).

Lazarus og Folkman opererer med to typer mestringsstrategier: Problemfokuset mestring og emosjonsfokuset mestring. Ved bruk av problemfokuset mestring er en opptatt av å definere problemet som forårsaker stresset og prøver å finne direkte løsninger for problemet. Det kan handle om å finne alternative løsninger, få kunnskap, finne nye måter å tilpasse seg. Disse teknikkene vil hjelpe personen å løse problemet og hjelpe mestring (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150-153).

Emosjonsfokuset mestring handler om å endre følelsesmessige reaksjoner knyttet til stresset, i stedet for å fokusere utelukkende på selve problemet. Ved å regulere og kontrollere ens emosjonelle respons vil man være bedre rustet til å håndtere stresset. Emosjonsfokuset mestring kan bidra til å forandre opplevelsen av stress, uten å nødvendigvis påvirke den objektive delen av stressoren. Det er viktig å anerkjenne den gjensidige påvirkningen mellom de to strategiene, da de kan vise seg å ha både positive og negative konsekvenser for hverandre (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150-151).

1.2.2 Sykepleierens funksjoner og faglige retningslinjer

Sykepleieryrket bygger på åtte funksjonsområder: helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning, administrativ og forskning (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). I denne oppgaven er hovedfokus rettet mot den rehabiliterende og undervisende funksjonen. Den rehabiliterende funksjonen handler om å bistå personer som befinner seg i en tilstand hvor sykdommen har medført behov for ny kunnskap og nye ferdigheter. Når slagrammede returnerer hjem til sin daglige tilværelse etter den aktive rehabiliteringsperioden, oppstår behovet for å tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter for å møte de nye utfordringene som oppstår. Sykepleier må derfor hjelpe til med å gjenopprette helse og mestre den nye livssituasjonen ved å tilpasse omgivelsene og styrke ressursene. Eksempler på rehabiliterende sykepleie er styrke pasientens forståelse, kunnskap, motivasjon, fysisk trening og støtte (Kristoffersen et al., 2016, s. 19).

Den undervisende funksjonen har som hovedmål å bidra til læring og mestring. Enkelte individer har behov for nødvendig kunnskap og forståelse for å kunne ivareta sin egen helse og oppnå mestring i dagliglivet. (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Sykepleieren sine

funksjoner er forankret i de yrkesetiske retningslinjene. Sykepleier har som oppgave å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). I tillegg så må sykepleier fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019).

1.3 Begrepsavklaring

Unge/Yngre voksne: Jeg tolker dette begrepet som en gruppe voksne i alderen 18-55 år som befinner seg i de psykososiale fasene av livet, hvor hovedfokus er nærhet og produktivitet (Cullberg, 1981, s. 75-86; Erikson, 2000, s. 241-262).

1.4 Hensikt og problemstilling

Hjerneslag rammer individer globalt. Litteraturen og forskningen har hovedsakelig fokusert på eldre pasienter, da de utgjør den største gruppen av pasienter. I mine praksisstudier har jeg hatt muligheten til å møte pasienter som har opplevd hjerneslag, og observert hvordan det påvirker eldre pasienter og hvilke konsekvenser det medfører. Jeg har også lest artikler som tar for seg konsekvensene av hjerneslag på yngre individer og hvordan dette skiller seg fra eldre pasienter. Det viser tydelig at unge slagrammede havner utenfor samfunnet etter at de har fått slag.

Unge voksne befinner seg vanligvis i en fase av livet hvor familie, arbeid og fritid utgjør en stor del av deres hverdag. De er på et stadium hvor produktivitet og sosiale relasjoner er av stor betydning, i motsetning til eldre pasienter som befinner seg i en annen livssituasjon hvor de ser etter integritet i livet. Den valgte aldersgruppen i oppgaven søker etter nærhet og produktivitet som sentrale faktorer i ulike faser av livet. Dersom nærhet og produktivitet ikke oppnås, kan dette resultere i isolasjon og stagnasjon (Erikson, 2000, s. 256-260). På grunn av dette ønsker jeg å utforske hvordan unge voksne opplever hverdagen etter hjerneslag, og formulert følgende problemstilling:

Hvordan opplever unge slagrammede hverdagen etter den aktive rehabiliteringsprosessen?

2 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere en gjennomgang av prosessen som ledet til utvelgelsen av artiklene mine.

2.1 Beskrivelse av metode

Metode er en framgangsmåte for å hente pålitelig og relevant informasjon til en forskning. Informasjon betegnes som *data*. Metoden for å innhente disse dataene kalles kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative data er i hovedsak basert på tekst, lyd eller bilder. Kvantitative metoder er i hovedsak basert på tall (Christoffersen et al., 2015, s. 18). I henhold til oppgavens retningslinjer er dette en systematisk litteratur studie. Metoden for å innhente data er gjennom systematisk litteratursøk (Aveyard, 2018, s. 4). Gjennom et systematisk litteratursøk vil en kunne identifisere og innhente relevant informasjon om et tema (Aveyard, 2018, s. 9).

2.2 Inklusjons-og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er vesentlig for å finne relevant og aktuell informasjon om tema. Problemstillingen gir et klart og tydelig bilde over hvilke artikler som er nødvendig å søke etter. Ettersom problemstillingen har et fokus på unge voksne og deres opplevelse, ga dette et tydelig bilde over hvilke kriterier som må legges. For å inkludere aldersgruppen av "unge voksne" er inklusjonskriterien satt til alderen 18-55 år. Imidlertid var det ikke mulig å søke i databasene med den spesifikke aldersgruppen, derfor ble det gjennomført søk med aldersgruppen 19-44.

Geografi ble et søkekriterium, ettersom forskjellige land i verden har forskjellige helsetilbud og velferdssystem. Inklusjonskriteriene ble satt til Europa, UK og Australia. Dette fordi disse områdene har relativt like helsesystem og kulturelle måter å ivareta familien på.

Litteratursøket ble avgrenset til artikler publisert fra 2012 til 2023 for å sikre inkludering av nyere forskning. Dette var av betydning for å kunne besvare problemstillingen ut fra dagens situasjon. Eksklusjonskriterier ble også benyttet i søket, med det formål å ikke inkludere pårørendes eller sykepleieres syn på pasienten. Dette skyldes at ekskludering av deres perspektiv ville kunne isolere pasientens opplevelser.

2.3 Søkehistorikk/søkestrategi

2.3.1 Søketablell

Tabell 1 Søketablell

Søkeord	Dato	Database	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Young adults OR young adult, AND stroke, AND experiences OR experience	2.april	Cinahl complete	Alder 19-44 Europa, UK og Australia Fra 2012 til nå Fagfelleurdert Engelsk eller skandinavisk språk	139	27	10	1 (Hutton & Ownsworth, 2019) 2 (Lawrence & Kinn, 2012) 3 (Shipley et al., 2020) 4 (Sadler et al., 2014) 5 (Lawrence, 2010)
Stroke survivors OR stroke survivor AND young adult OR young adults	2.april	Cinahl complete	Alder 19-44 Europa, UK og Australia Fra 2012 til nå Engelsk eller skandinavisk språk Fagfelleurdert	101	15	4	6 (Maaijwee et al., 2014)
Young stroke AND experience	2.april	Svemed +	Fagfelleurdert	37	5	3	0
Young adults AND stroke survivors	12.april	Pubmed	Siste 10 år Alder 19-44 Fagfelleurdert	18	8	4	(Maaijwee et al., 2014)

Young adults AND experience AND stroke	17.april	Medline	Fra 2012 til nå Alder 19-44 Fagfelleverdert Engelsk eller skandinavisk språk	603	50	20	7 (Kuluski et al., 2014) (Shiplely et al., 2020) (Hutton & Ownsworth, 2019)
---	----------	---------	---	-----	----	----	--

Litteraturliste:

1. Hutton, L., & Ownsworth, T. (2019). A qualitative investigation of sense of self and continuity in younger adults with stroke. *Neuropsychological Rehabilitation, 29*(2), 273-288. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1292922>
2. Lawrence, M., & Kinn, S. (2012). Determining the needs, priorities, and desired rehabilitation outcomes of young adults who have had a stroke. *Rehabilitation Research & Practice, 1*-9. <https://doi.org/2012/963978>
3. Shipley, J., Luker, J., Thijs, V., & Bernhardt, J. (2020). How can stroke care be improved for younger service users? A qualitative study on the unmet needs of younger adults in inpatient and outpatient stroke care in Australia. *Disability & Rehabilitation, 42*(12), 1697-1704. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1534278>
4. Sadler, E., Daniel, K., Wolfe, C. D. A., & McKeivitt, C. (2014). Navigating stroke care: the experiences of younger stroke survivors. *Disability & Rehabilitation, 36*(22), 1911-1917. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.882416>
5. Lawrence, M. (2010). Young adults' experience of stroke: a qualitative review of the literature. *British Journal of Nursing, 19*(4), 241-248. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.4.46787>
6. Maaijwee, N. A. M. M., Rutten-Jacobs, L. C. A., Schaapsmeeders, P., van Dijk, E. J., & de Leeuw, F.-E. (2014). Ischaemic stroke in young adults: risk factors and long-term consequences. *Nature Reviews Neurology, 10*(6), 315-325. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.72>
7. Kuluski, K., Dow, C., Locock, L., Lyons, R. F., & Lasserson, D. (2014). Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age. *International journal of qualitative studies on health and well-being, 9*, 22252. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22252>

Det var gjort fem systematiske litteratursøk i forskjellige databaser: Cinahl complete, Pubmed, Svemed+ og Medline. Søkeordene er tatt fra problemstillingen. Søkeordene som ble brukt var *young adults, experience, stroke, stroke survivors, og everyday life*. De forskjellige databasene hadde forskjellige innstillinger og søkefunksjoner. Det ble derfor gjort flere prøvesøk for å lære hvordan databasene jobbet. De reelle søkene ble gjennomført med kombinasjon av entall og flertall. For eksempel *young adults OR young adult*, dette for å sikre bredde i søket.

Søkeordene som ble brukt i det første søket var *young adults, stroke og experience*. Søket ble gjennomført i Cinahl complete, også kjent som «sykepleierdatabasen». Denne databasen vil gi en stor og bred oversikt over mulige relevante artikler. Det ble funnet 305 675 artikler fra *young adults OR young adult*. Det ble funnet 450 380 artikler fra *experience OR experiences*. Til slutt ble det funnet 144 274 artikler fra søkeordet *stroke*. Det ble deretter søkt med *AND* mellom hver av de tre kategoriene. Dette resulterte i 139 artikler.

Søk nummer to ble gjennomført i Cinahl complete med søkeordene *stroke survivor og young adults*. *Stroke survivor OR stroke survivors* ga 4778 artikler. *Young adults OR young adult* ga 305 675 artikler. Søkerordet *experience* ble ikke tatt med i søket. Det var for å prøve å finne artikler som ble utelukket i første søket. Søket mellom de to kategoriene ga 101 artikler.

Svemed+ ble brukt i søk nummer tre. Svemed+ er en skandinavisk artikkeldatabase. Valget av denne databasen var for å få et innblikk i forskning fra Skandinavia. For å få et størst mulig antall artikler ble det kun søkt med to søkerord. *Young stroke AND experience* ble brukt. Det ga 37 artikler.

Fjerde søket var søkt i databasen Pubmed med søkeordene *young adults AND stroke survivors*. *Young adults* ga 16 087 treff og *stroke survivors* ga 87 treff. Disse to søkeordene kombinert med *AND* ga 18 treff.

Femte og siste søket ble gjennomført i Medline. Søke ordene brukt i databasen var *young adults, experience og stroke*. Første søk med *young adults* ga 1 054 730 artikler. Søkeordet *experience* ga 810 823 artikler. Siste søket ordet: *stroke* ga 435 731 artikler. Disse tre søkeordene kombinert med *AND* ga 603 artikler. For å snevre søket enda mer, prøvde jeg å søke med *AND everyday life*. Men dette søket ga kun fire artikler. Jeg valgte derfor å ekskludere dette søket.

2.4 Vurdering

Alle artiklenes overskrifter ble gjennomgått for å avgrense til kun aktuelle artikler, og deretter ble sammendragene til de relevante artiklene nøye vurdert. Etter dette sto jeg igjen med syv kvalitative forskningsartikler. En artikkel fra 2010 (Lawrence, 2010) ble valgt, men det påpekes at denne artikkelen ble publisert i 2013 og dukket derfor opp i søket. Jeg la vekt på at artiklene skulle være kvalitative, ettersom kvalitative forskningsstudier kan gi en dypere forståelse av pasientopplevelser enn kvantitative studier (Aveyard, 2018, s. 60-61). Videre valgte jeg å inkludere de artiklene som dukket opp gjentatte ganger i de forskjellige databasene i litteratursøketabellen. Dette viser systematikken i søkene og jeg anser det som et kvalitetsstempel på arbeidet mitt.

2.5 Analyse

Jeg har valgt å bruke Evans (Evans, 2003) sin metode for å analysere de syv artiklene. Det er 4 trinn i Evans sin analyse metode (Evans, 2003).

Trinn 1 ble grundig gjennomført ved hjelp av systematisk litteratursøk for å samle inn studier. Denne prosessen er gjort rede for i kapitlene om søkestrategi og vurdering.

Trinn 2 handlet om å finne nøkkelfunn i hver artikkel. Jeg valgte å nummerere artiklene for å skape en oversikt. Jeg leste artiklene flere ganger for å skape et bilde, og markerte alle funn.

Trinn 3 går ut på å finne en rød tråd gjennom funnene. Oversikten jeg fikk fra funnene i artiklene kunne deles inn i 4 kategorier. Jeg valgte derfor å bruke 4 forskjellige farger for å markere funnene i artiklene. På den måten kunne jeg kategorisere funnene på en oversiktlig måte. Funnene markert med farger ga meg 4 temaer som kunne beskrive funnene på best mulig måte. De fire temaene er *fysisk utfall*, *psykisk utfall*, *sosialt utfall* og *eksistensiell/åndelig utfall*.

Tabellen viser en oversikt over hvilke tema som gikk igjen i de syv artiklene.

Tabell 2 Hovedtemaer og kategorier

Tema	Kategorier	Artikler
Fysisk utfall	<ul style="list-style-type: none">• Funksjonshemming• Lammelser• Fatigue	1,2,4,5,6,7
Psykisk utfall	<ul style="list-style-type: none">• Angst• Frykt• Ensomhet• Følelsesmessig kollaps	1,3,4,6,7
Sosialt utfall	<ul style="list-style-type: none">• Kommunikasjon• Økonomi/Jobb• Familie• Fritid	1,2,3,4,5,6,7
Eksistensiell/åndelig utfall	<ul style="list-style-type: none">• Ny identitet• Mistet selvvverd• Mistet mening med livet	1,2,3,6,7

Trinn 4 i Evans sin modell går ut på å beskrive hvert tema med eksempler fra studiene for å se en sammenheng av syntesen. Det vil bli gjort i neste kapittel.

3 Resultat

I dette kapitlet skal jeg gi en deskriptiv presentasjon av artiklene mine i artikkelmatrise. Deretter presentere hvert tema.

Tabell 3 Artikkelmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Hutton, L., & Ownsworth, T. (2019). A qualitative investigation of sense of self and continuity in younger adults with stroke. <i>Neuropsychological Rehabilitation</i> , 29(2), 273–288. https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1292922	Utforske opplevelsen av selvfølelse og kontinuitet hos yngre voksne etter hjerneslag.	Stroke, Psychosocial factors, Attitude to health, self concept	Dybde semistrukturerte intervjuer ble utført med 10 voksne (3 menn, 7 kvinner) med hjerneslag mellom 18 og 55 år	To hovedtemaer dukket opp: (1) Betydningen til hjerneslag; og (2) virkninger av hjerneslag på seg selv. Studien viste hvordan slaget påvirker livet i forskjellige stadier.	Studien har et pasientperspektiv og belyser hvordan deltakerne har det i livet. Studien får fram hvordan hjerneslaget påvirker ens opplevelse av hverdagen.

<p>Lawrence, M., & Kinn, S. (2012). Determining the needs, priorities, and desired rehabilitation outcomes of young adults who have had a stroke. <i>Rehabilitation Research & Practice</i>, 1–9. https://doi.org/2012/963978</p>	<p>Mål om å få en forståelse av unge voksnes opplevelse av hjerneslag og tilhørende rehabiliteringsbehov, prioriteringer og ønskede resultater.</p>	<p>Health Services Needs and Demand. Patient Attitudes. Stroke. Rehabilitation.</p>	<p>Ustrukturerte intervjuer og analysert ved bruk av fenomenologisk reduksjon.</p>	<p>Opplevelsen av hjerneslag fra unge voksnes perspektiv ble beskrevet som Embodied Disorientation. Tre undertemaer ble identifisert: Mortal Body, Situated Body og Embodied Perception of Difference.</p>	<p>Studien har pasientperspektiv og belyser hvordan pasientene føler på hvordan kroppen forandres etter slag. Og hvordan livet var som «normalt» før slag.</p>
<p>Shiple, J., Luker, J., Thijs, V., & Bernhardt, J. (2020). How can stroke care be improved for younger service users? A qualitative study on the unmet needs of younger adults in inpatient and outpatient stroke care in Australia. <i>Disability & Rehabilitation</i>, 42(12), 1697–1704. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1534278</p>	<p>Mål om å undersøke de udekkede behovene til yngre slagoverlevende i stasjonære og polikliniske helsetjenester og identifisere muligheter for forbedret tjenestelevering</p>	<p>Stroke -- Rehabilitation -- Australia Health Services Needs and Demand -- Australia Stroke Patients Quality of Health Care Inpatients Outpatients</p>	<p>Dybde semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med 19 deltakere i alderen 18–55</p>	<p>Mange udekkede omsorgsbehov ble identifisert innenfor tre fremvoksende temaer: utilstrekkelig adressert psyko-emosjonelle og kognitive behov etter ungt slag; isolasjon fra mangel på informasjon og strukturert støtte; og manglende evne til å levere aldersrelevant pasientsentrert omsorg</p>	<p>Studien har pasientperspektiv og belyser opplevelsen etter slaget og belyser hva som mangler i møte med hverdagen.</p>

<p>Maaijwee, N. A. M., Rutten-Jacobs, L. C. A., Schaapsmeeders, P., van Dijk, E. J., & de Leeuw, F.-E. (2014). Ischaemic stroke in young adults: risk factors and long-term consequences. <i>Nature Reviews Neurology</i>, 10(6), 315–325. https://doi.org/10.1038/nrneuro.2014.72</p>	<p>Studien gir en kritisk oversikt over risikofaktorene og etiologien til ungt iskemisk slag og tar for seg langtidsprognosen, inkludert kardiovaskulær risiko, funksjonelt utfall og psykososiale konsekvenser.</p>	<p>Cerebral Ischemia - - Epidemiology Stroke -- Epidemiology</p>	<p>Review artikkel</p>	<p>Den langsiktige utbredelsen av psykososiale konsekvenser, og deres innflytelse på dagliglivet. Depresjon, jobb, angst og fatigue er mange av faktorer som blir påvirket etter et hjerneslag.</p>	<p>Studien har pasientperspektiv og belyser konsekvenser et hjerneslag har for personer i hverdagen.</p>
<p>Sadler, E., Daniel, K., Wolfe, C. D. A., & McKeivitt, C. (2014). Navigating stroke care: the experiences of younger stroke survivors. <i>Disability & Rehabilitation</i>, 36(22), 1911–1917. https://doi.org/10.3109/09638288.2014.882416</p>	<p>Målet med studien er å undersøke hjerneslag behandling for ungeslagrammede, fordi de mener behandlingen ikke er tilpasset deres behov.</p>	<p>Stroke -- Therapy Age Factors</p>	<p>Dybdeintervju</p>	<p>Pasientenes sosiale, kulturelle og økonomiske forhold ble mer betydningsfull i hverdagen etter slaget.</p>	<p>Studien har pasientperspektiv og belyser hvordan hjerneslaget påvirker ens liv. Studien fokuserer på sosiale, kulturelle og økonomiske forhold som sterkt berørt.</p>

<p>Lawrence M. (2010). Young adults' experience of stroke: a qualitative review of the literature. <i>British Journal of Nursing</i>, 19(4), 241-248. https://doi.org/10.12968/bjcn.2010.19.4.46787</p>	<p>Målet er å utforske opplevelsen av hjerneslag fra unge voksnes perspektiv</p>	<p>Life Experience s Perception Stroke -- Psychosoci al Factors -- In Adulthood</p>	<p>En systematisk gjennomgang av kvalitativ litteratur for å utforske opplevelsen av hjerneslag fra unge voksnes perspektiv.</p>	<p>Forstyrret selvfølelse, og roller og relasjoner. Mange av effektene av hjerneslag er "usynlige", men har betydelig innvirkning på sosial deltakelse, inkludert evnen til å gå tilbake til jobb og nyte et aktivt sosialt liv</p>	<p>Studien har pasientperspektiv og belyser hvordan unge opplever hjerneslag. Blant annet opplevelsen av seg selv og ikke kunne gjøre det en har lyst til.</p>
<p>Kuluski, K., Dow, C., Locock, L., Lyons, R. F., & Lasserson, D. (2014). Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being</i>, 9, 22252. https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22252</p>	<p>Måler er å forstå opplevelsen av hjerneslag som en funksjonshemmende livssituasjon blant unge og hvilke strategier de bruker for å komme seg og mestre.</p>	<p>Patient experience ; young; qualitative ; coping; Stroke</p>	<p>Rettet innholdsanalyser ble utført fra intervjuer med 17 overlevende slag i lokalsamfunnet i alderen 55 år og yngre over hele Storbritannia.</p>	<p>Alle individer beskrev en "endret følelse av selvtillit", et tema som inkluderte tap av identitet, familieforstyrrelser og/eller tap av verdsatte aktiviteter.</p>	<p>Studien har et pasientperspektiv og forklarer opplevelsene til slagrammede gjennom sitater. De forklarer hvordan slaget rammet flere faktorer av livet deres.</p>

3.1 Kroppen som svikter

Flere studiedeltakere uttrykker fysiske plager som store som følge av hjerneslaget. Fysiske plagene som oppstår etter et hjerneslag kan inkludere alvorlige lammelser, muskelpasmer, hukommelsesproblemer, synsforstyrrelser og epilepsi. Disse plagene kan ha en betydelig innvirkning på hverdagen til yngre som har opplevd et hjerneslag, spesielt da de ofte befinner seg i en fase av livet hvor de er produktive og har familie- og jobberelaterte forpliktelser. Hverdagen til unge består av en rekke gjøremål som må utføres, og et hjerneslag kan dermed utgjøre hindring for deres daglige rutiner og livssituasjon (Hutton & Ownsworth, 2019; Kuluski et al., 2014; Lawrence & Kinn, 2012). Disse plagene gjør hverdagen betydelig mer utfordrende enn før, og selv enkle oppgaver som å spise, bade og bevege seg føles som en hindring i hverdagen (Kuluski et al., 2014).

En av deltakerne i en studie (Hutton & Ownsworth, 2019) uttrykte sine fysiske plager i hverdagen på følgende måte:

The new [Debora] can't walk without a walking stick, and even then it's very slow, I've got to drag half my body around with me. 'Cos muscles still aren't working completely on that left hand side, my arm doesn't work properly, so it makes cooking difficult ... The new [Debora] can't be active or get out and do things, she can't drive, so she just can't get up and go and do something. Can't pick up the kids from school ... so she's pretty much house bound, if there's nobody else around to help. (Hutton & Ownsworth, 2019, s. 281).

I noen av studiene ble det beskrevet at fatigue skapte utfordringer i deltakernes daglige liv (Lawrence & Kinn, 2012; Maaijwee et al., 2014). Etter slaget, ble hukommelsen og konsentrasjonsevnen påvirket, og deltakerne opplevde en følelse av utmattelse og energitap. Dette hadde en innvirkning på deres daglige liv. Deres evne til å tenke og kommunisere med andre ble vanskelig. Dette påvirket både familielivet og jobblivet. (Lawrence & Kinn, 2012). En av deltakerne uttrykte seg slik: «*I find that I get tired quite easily, and I put off making decisions about things, because I can't be bothered (laughs)*» (Lawrence & Kinn, 2012, s. 5).

De fysiske konsekvensene av hjerneslag har en påvirkning på livskvaliteten til personer som rammes av tilstanden på grunn av den manglede kontrollen av bein og armer, mangel på følelser og muskelpasmer. Slagrammede står overfor utfordringer med å tilpasse seg de fysiske følgene av slaget i sin daglige tilværelse. Tap av kontroll over egen kropp utgjør en betydelig byrde for dem, og kan medføre vanskeligheter med å uttrykke seg selv og kommunisere på en adekvat måte (Lawrence, 2010). En deltakers uttalelse fra en studie

illustrerer tydelig den aktuelle situasjonen : «*I'm still having difficulty expressing myself and [in] my writing...I get my words all mixed up...*» (Lawrence, 2010, s. 245).

3.2 En reise gjennom usikkerhet, frykt og håp

Diagnosen hjerneslag utløste en reaksjon preget av sjokk og usikkerhet blant de berørte. Siden denne diagnosen vanligvis assosieres med eldre personer eller en usunn livsstil, kunne flere oppleve følelsesmessig kollaps og gråte over diagnosen som rammet dem (Shiple et al., 2020). Hverdagen var preget av emosjonell og angstfull situasjon hvor de rammede prøvde å få en forståelse av livet som ble drastisk snudd. De ønsket en forståelse for den nye hverdagen (Shiple et al., 2020). Ensomheten blant de unge ble synlig i deres daglige liv når de ikke følte seg inkludert i de kommunale aktivitetene som ble arrangert. De unge opplevde at informasjonen de mottok ikke var tilpasset alderstilpasset, og dette medførte at de ofte følte seg isolert og ensomme. Mangelen på mulighet til å diskutere situasjonen med noen som var i lignende situasjon forverret deres usikkerhet ytterligere. De unge foretrakk å snakke om emner som reise, arbeid, førerkort eller sport (Shiple et al., 2020).

Frykten for å få nytt slag var stor (Hutton & Ownsworth, 2019; Lawrence, 2010; Lawrence & Kinn, 2012; Maaijwee et al., 2014). Slagrammede opplevde en følelse av utrygghet i sin daglige tilværelse, og mange måtte utarbeide strategier for å unngå situasjoner som kunne utløse et tilbakefall, inkludert å unngå stressende situasjoner. Dette førte til at slagrammede begrenset sine daglige aktiviteter for å oppleve en følelse av trygghet (Lawrence, 2010). En deltaker i en studie (Hutton & Ownsworth, 2019) beskrev for eksempel frykten for å få et nytt slag mens hun jogget:

I went for a jog about a week ago, since the cardiologist had said it was okay. I made sure I had the heart monitor on and was still checking that very frequently and trying to pull back and not let it go too high. It's just a stressful experience at the moment because I'm in my head the whole time going, do I need to slow it down? ... Am I going to have a stroke again? (Hutton & Ownsworth, 2019, s. 280).

Mange av de slagrammede gir uttrykk for angst. Angst og frykt kan være en integrert del av hverdagen, og det er stor bekymring for at noe kan gå galt under daglige aktiviteter (Hutton & Ownsworth, 2019; Kuluski et al., 2014). Selv om daglige gjøremål egentlig ikke er farlige i deres situasjon, kan de likevel føles nervepirrende og skremmende (Hutton & Ownsworth, 2019; Kuluski et al., 2014). I en studie (Kuluski et al., 2014) beskrev en kvinne hvordan hun var redd for å ta bussen:

and then eventually I thought, right now I've got to get up and I've got to press something and say "I'd like to get out now" but when I came out towards the door,

I was terrified. I thought my legs were coming out too quick. (Kuluski et al., 2014, s. 5).

Motivasjon, tålmodighet og selvtillit er faktorer i livet som mange slagrammede kan miste. Disse faktorene blir spesielt tydelige når de hindres i å utføre daglige oppgaver. De som rammes hardest, er de som har flere oppgaver å håndtere i løpet av en vanlig dag. Oppgavene i hverdagen kunne være jobb, sosiale aktiviteter, familie og fritidsaktiviteter. Muligheten til multitasking var ikke som før slaget, multitasking ble for hektisk og vanskelig (Kuluski et al., 2014). En kvinnelig deltaker i en studie uttrykte følgende på en adekvat måte: *«I'm not as confident, more withdrawn, just not as spontaneous. My whole personality has changed.»* (Hutton & Ownsworth, 2019, s. 281).

3.3 Tap av sosiale sammenkomster, økonomisk uro og familiekonsekvenser

Sosiale sammenkomster og aktiviteter utgjør grunnleggende sosiale behov, som ofte blir utilstrekkelig ivaretatt etter slag (Hutton & Ownsworth, 2019; Kuluski et al., 2014; Lawrence, 2010; Maaijwee et al., 2014). For flere ble evnen til å sosialisere seg vanskelig, de ble slitne og oppgitte over egen situasjon. Det var slitsomt å forberede seg til å dra på sosiale sammenkomster (Kuluski et al., 2014). En av deltakerne i en studie sa: *«Sometimes sad with, you know why, you know, out of work, you know, socialising, you know, and I'm tired, exhausting because, you know getting up, shower, takes time....»* (Kuluski et al., 2014, s. 7). For andre var sosiale aktiviteter en påminnelse på deres nye livssituasjon. Manglende evne til å kommunisere på en adekvat måte var en utfordring. Til tross for å ha mottatt invitasjoner til sosiale sammenkomster, var de ikke i stand til å delta på grunn av denne utfordringen. Flere følte det å ferdes i samfunnet ga et negativt selvbilde og følelse, på grunn av den manglende evnen til å tilpasse seg samfunnet (Hutton & Ownsworth, 2019; Kuluski et al., 2014; Lawrence & Kinn, 2012).

Flere deltakere i studiene påpeker bekymring knyttet til økonomi og jobbsituasjonen (Kuluski et al., 2014; Maaijwee et al., 2014; Sadler et al., 2014). I de fleste tilfellene hadde arbeidsledighet konsekvenser for unge slagrammede, da de vanligvis befant seg i en fase der de var yrkesaktive og produktive. Arbeidsledigheten førte til en ustabil økonomisk situasjon og manglende inntekt. Mange opplevde derfor utfordringer med å tilpasse hjemmet sitt for å imøtekomme behovene til en funksjonshemmet person (Kuluski et al., 2014; Sadler et al., 2014). Språkvansker og fysiske svekkelser gjorde det vanskelig for dem å gjenoppta jobber de hadde hatt før hjerneslaget (Sadler et al., 2014). En av deltakerne i en studie (Sadler et al., 2014) mente den økonomiske delen av livet tok mer plass en selve slaget:

I don't have money now. It has affected me badly because now I don't have money. Just to keep me going, just to buy my needs, like washing things and all. I can't do

any other things anymore. It's just that. That is even worse, it's even troubling me, not the stroke anymore. (Sadler et al., 2014, s. 1915).

Flere studier viser til hvilke konsekvenser slagrammede får i møte med familien sin. Deltakerne i disse studiene beskriver seg selv som uvanlig følelsesladet og emosjonelt ustabile i samspill med sine nærmeste. Selv små hendelser som normalt sett ikke ville hatt noen påvirkning, kunne såre eller provosere dem (Lawrence & Kinn, 2012) (Kuluski et al., 2014; Lawrence, 2010). Unge slagrammede følte seg ofte som en byrde for familien sin, og noen kunne ikke uttrykke seg fullstendig på grunn av konsekvensene av slaget, noe som kunne skape en dårlig atmosfære (Lawrence, 2010). Deltakerne kunne også ha vanskeligheter med å utføre dagligdagse oppgaver, som å lese for barna, hente dem fra skolen eller delta i lek (Kuluski et al., 2014). En deltaker i en av studiene (Kuluski et al., 2014) uttrykte sin frustrasjon over sin manglede sosiale nærhet:

It would be great to be able to go on a holiday, just hold hands and walk along a beach or just go for a picnic out in the country and sit by the river [. . .] But if we do anything like that, I've got to rely on my wife to push me in the chair, which I don't think sounds very romantic then, having to be taken rather than me taking my wife ... (Kuluski et al., 2014, s. 6).

3.4 Et nytt perspektiv på livet

De fleste unge slagrammede fikk et nytt syn på livet etter et drastisk og plutselig hjerneslag. Dette førte til en bevisstgjøring av deres egen dødelighet (Lawrence, 2010; Lawrence & Kinn, 2012). De fikk etter slaget en økt verdsettelse av aktiviteter og oppgaver som de var i stand til å utføre før slaget. De følte at de hadde tatt muligheten til å utføre disse daglige gjøremålene for gitt (Lawrence & Kinn, 2012). Kroppen og livet hadde endret seg på en måte som ikke tillater dem å være den personen de var tidligere (Hutton & Ownsworth, 2019). Etter å ha opplevd et hjerneslag, uttrykker slagrammede en opplevelse av å ha mistet sin tidligere familiære rolle i samfunnet, og de opplever en følelse av at denne rollen aldri vil kunne gjenvinnes. Dette betyr at de nå har en ny rolle og tilstedeværelse som de må tilpasse seg, og dette gir en ny form for eksistens og mening med livet (Hutton & Ownsworth, 2019; Lawrence & Kinn, 2012). En deltaker i en studie (Lawrence & Kinn, 2012) beskrev det som: «*There's certainly a change in my attitude, a change in my personality, a change in everything really.*» (Lawrence & Kinn, 2012, s. 4). En annen deltaker sa følgende: «*I would say I'm 95% back to what I was. I don't think you ever get the other 5%*» (Lawrence & Kinn, 2012, s. 4). Deltakerne ønsket å få tilbake det betydningsfulle livet de hadde før hjerneslaget, noe som de aldri selv vil kunne få tilbake (Lawrence, 2010).

Opplevelsen av å være utilstrekkelig og ikke ha muligheten til å utføre ønskede aktiviteter førte til en følelse av å miste identitet og selvverd. Dette påvirker ens følelse av håp og mening i livet (Hutton & Ownsworth, 2019; Shipley et al., 2020). Flere følte de plutselig

hadde mistet deres gamle «jeg» eller at den døde, noe som resulterte i å få et nytt syn på livet (Kuluski et al., 2014). En av deltakerne i en studie valgte å fjerne seg med aspekter fra den «tidligere» identiteten, for å kunne leve med den nye, fordi hun ikke hadde noen tilknytning til den gamle «jeg». Hun mente at den gamle «personen» ikke lenger eksisterte, og at hennes gamle utseende ikke hadde noen opphav hos sin nye identitet (Kuluski et al., 2014). Deltakeren sa følgende:

I had long hair [...] I had all my hair cut off. Right off, while staying with a friend. I mean, really, really short. The hairdresser said, "Are you sure about this?", but it was because in a way I thought, "Well, this hair is the hair of her, it's the hair of the woman, that could, that walked and was well and wasn't, you know, and, wasn't disabled and I don't want her hair anymore because I'm not her now. I'm somebody new. (Kuluski et al., 2014, s. 7).

4 Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg drøfte problemstillingen basert på funn fra forskningsartiklene, teoretiske perspektiv og relevant litteratur.

(Problemstilling: *Hvordan opplever unge slagrammede hverdagen etter den aktive rehabiliteringsprosessen?*)

4.1 Fysiske konsekvenser etter slag

Artiklene indikerer at flere personer som har hatt slag opplever fysiske konsekvenser som påvirker deres daglige liv. Respondentene sier at deres evne til å fungere i hverdagen blir påvirket av de fysiske utfallene av slaget. De unge befinner seg i en fase av livet hvor produktivitet og nærhet er viktige faktorer. De ønsker å kunne gi og motta kjærlighet fra andre og kunne være et godt forbilde for det kommende generasjon. På grunn av de fysiske konsekvensene av slaget opplever disse individer begrenset fysisk kapasitet i hverdagen. Ifølge deltakerne i studien til Kuluski (2014), uttrykker de bekymring angående utførelsen av dagligdagse aktiviteter som å spise, bade og bevege seg. Disse aktivitetene var tidligere en normal del av deres daglige rutine, men etter slaget har de nå blitt svært utfordrende å gjennomføre (Kuluski et al., 2014). Én av deltakerne i studien utført av Hutton og Ownsworth i 2019 opplevde fysiske plager som vanskeliggjorde mestringen av hverdagen. Hun følte seg ute av stand til å lage mat på grunn av lamheten i armen og opplevde en generell følelse av svekkelse i bruk av kroppen. Hun hadde også vanskeligheter med å hente barna fra skolen. Fysiske plagene påvirket hennes evne til å leve et normalt liv (Hutton & Ownsworth, 2019).

Dette aspektet har betydelige implikasjoner for sykepleien, der sykepleiere spiller en nøkkelrolle i å tilpasse seg pasientenes behov for å utføre disse aktivitetene. Dette kan innebære å tilby og tilrettelegge hjelpemidler for å sikre at slagrammede, føler seg ivaretatt på best mulig måte. Ifølge Helsedirektoratet (2017) skal pasienter med begrensninger i daglige aktiviteter (ADL) etter et hjerneslag kunne motta en individuell rehabiliteringstilbud for å mestre begrensningene og utfordringene i deres daglige liv (Helsedirektoratet, 2017).

Særlig for unge slagrammede kan det oppstå flere utfordringer sammenlignet med eldre slagrammede fordi de eldre er i en annen fase av livet (Erikson, 2000, s. 241-262). I slike tilfeller må sykepleiere være i stand til å gi omfattende veiledning og informasjon for å kunne adressere alle mulige utfordringer en ung slagrammet person kan møte. I tråd med Lazarus og Folkman, kan personer som har hatt et slag oppnå mestring ved hjelp av problemløsning og emosjonell tilpasning. Det er opp til hver enkelt person å kunne identifisere om utfordringen er problemorientert eller emosjonsorientert (Lazarus &

Folkman, 1984). Gjennom tilstedeværelse i pasientens hverdag kan sykepleieren hjelpe pasienten til både problemorientert og emosjonsbasert løsning av det som oppleves utfordrende.

En deltaker hos Lawrence (2010) uttalte at hun opplevde vanskeligheter med skriftlig kommunikasjon fordi alle ordene blandet sammen på grunn av de fysiske konsekvensene. Deltakeren hadde ikke lenger muligheten til å ha en adekvat samtale på grunn av isolasjon når hun ikke får snakket med nære venner og familie (Erikson, 2000, s. 256-258; Lawrence, 2010). Lazarus og Folkmans mestringsteori gir to mulige mestringsstrategier som kan håndtere denne utfordringen. Det er mulig å lindre fatigue ved å benytte en problemorientert tilnærming og iverksette tiltak. Et eksempel på hvordan en sykepleier kan bidra til å lette kommunikasjonen for pasienter, er ved å tilrettelegge og veilede bruk av alternative kommunikasjonsmetoder, for eksempel bilder, gester eller teknologiske hjelpemidler (Lazarus & Folkman, 1984). Nonverbal kommunikasjon spiller en betydelig rolle i kommunikasjonsprosessen, og sykepleiere har evnen til å veilede pasienter i utviklingen av nonverbale kommunikasjonsferdigheter for å lette kommunikasjonen (Eide & Eide, 2017). Et langsiktig mål vil være at sykepleier gir råd og veiledning om rehabilitering som kan bidra til langsiktig mestring, et eksempel på dette kan være å oppmuntre familien til å engasjere seg aktivt ved å kommunisere hyppig med pasienten for å stimulere øvelse og trening. Sykepleieren kan også bidra til emosjonsorientert mestring ved å gi støttesamtaler og avspenningsteknikker, som kan bidra til at deltakeren oppnår indre ro og bedre mestringsferdigheter i møte med utfordringene vedkommende står overfor (Lazarus & Folkman, 1984).

4.2 Hjerneslagets psykiske ettervirkninger

Det kommer fram i studien at nesten alle deltakerne sliter psykisk etter gjennomgått hjerneslag når en er i møte med hverdagen. Flere av deltakerne hadde en følelsesmessig kollaps ettersom livet ble snudd opp ned i løpet av kort tid. Det var vanskelig for de å forstå og akseptere situasjonen som preget dem (Shiple et al., 2020). Overgangen fra de trygge rammene i en institusjon til å navigere hverdagen i møte med familie, venner og samfunnet ble en utfordring som kunne gjøre krisen enda synligere. God nok informasjon om situasjon fra sykepleier kan bidra til å gi en forståelse for situasjonen og skape en trygg omgivelse. Bearbeidingsfasen etter den akutte fasen kan vare opp til ett år. Det er i denne fasen pasienten begynner å tenke på framtiden. Pasienten begynner å godta sin nye tilstedeværelse og lærer nye roller i samfunnet, samtidig som en blir mer åpen for nye erfaringer for å mestre hverdagen (Cullberg, 1981, s. 132). Psykiatrisk sykepleier kan tilby støttesamtaler og bidra til å fremme empowerment-prosessen hos pasienten, samt støtte bearbeidingsfasen. Pasienten er ekspert på seg selv og har den beste forståelsen av sin egen helse. Pasienten oppnår større grad av autonomi over sin egen helse og avgjørelser, samt hvilke handlinger som bør iverksettes (Tveiten, 2020, s. 26-38). Motiverende intervju kan brukes som et verktøy for å finne ut hvilke endringer en ønsker seg og hvordan dette skal gjøres (Tveiten, 2020, s. 142). Videre finnes det tilgjengelige mestringssentre som pasienter kan delta i. Ifølge Helsedirektoratet er emosjonelle symptomer ett av de mest oversette problemene etter hjerneslag. Det er derfor at sykepleier identifiserer og setter tiltak for å kunne hindre dårlig utvikling (Helsedirektoratet, 2017). Helsedirektoratet

anbefaler etablering av et trygt og støttende miljø for å ivareta det psykiske behovet hos slagrammede, og eventuell vurdering av psykoterapi (Helsedirektoratet, 2017).

Flere deltakere følte at tilbudet de fikk fra kommunen ikke var alderstilpasset og at informasjonen gitt ikke var til deres behov. Dette resulterte i at de følte seg ensomme og isolert (Hutton & Ownsworth, 2019; Shipley et al., 2020). Usikkerheten ble verre og verre, og dette førte til at hverdagen ble utrygg. De unge slagrammede ønsket temaer som kunne hjelpe dem i mestre hverdagen og temaer som var aktuelle for de i deres livssituasjon (Shipley et al., 2020). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier kunne gi tilstrekkelig informasjon til pasienter og sørge for at informasjonen er forstått av pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Informasjon om hvordan man kan gjenvinne sin tidligere posisjon i samfunnet er av stor betydning for å kunne gjenoppta produktivitet. Å være produktiv er avgjørende for å kunne bidra til samfunnet. Manglende informasjon kan resultere i en opphør av utviklingen og føre til stagnasjon (Erikson, 2000, s. 259-260). Sykepleier i dette tilfelle har som oppgave å kunne være en kilde for alderstilpasset situasjon. Sykepleier kan også være med på å etablere nettverk fra andre kommuner og over internett for at slagrammede skal kunne få informasjonen som er nødvendig, da vil sykepleier kunne bidra både problemfokuset og emosjonsfokuset mestring hos pasienten. Pasienten skal kunne høre, forstå og huske det som er nødvendig, og ikke minst oppleve at en blir ivaretatt (Eide & Eide, 2017, s. 217-218). Når en skal jobbe emosjonsorientert kan deltakerne snakke med andre i lignende situasjon, dette vil bidra til at følelsen av ensomhet og isolasjon kan forsvinne (Lazarus & Folkman, 1984). Dette letter nyorienteringsfasen hvor den rammede må lære å leve med krisen som blir en permanent del av livet. I stedet for å oppleve krisen som noe som aldri forsvinner, kan pasienten se at den har betydning for senere liv. Selvfølelsen og håpet blir bearbeidet, og personen kan leve et produktivt liv med sine nye roller (Cullberg, 1981, s. 134).

Nye hjerneslag utgjør en betydelig bekymring, da det har potensial til å ytterligere komplisere livet for en person som allerede har opplevd et slag. (Hutton & Ownsworth, 2019; Lawrence, 2010; Lawrence & Kinn, 2012; Maaijwee et al., 2014). Frykten for tilbakefall preger hverdagen til mange slagpasienter. En problemorientert tilnærming for å håndtere denne frykten er å unngå situasjoner som potensielt kan utløse et nytt slag. Et slag kan bli utløst av ulike årsaker og aktiviteter. Enkeltpersoner vil forsøke å unngå lignende aktiviteter for å redusere risikoen for et nytt slag. Dette påvirker slagpasienters daglige liv, da de blir begrenset i utførelsen av aktiviteter de ønsker å delta i på grunn av frykten for tilbakefall. En annen problemorientert tilnærming er å fokusere på forebygging av slag. Forebyggende tiltak kan omfatte bruk av medisiner og regelmessig overvåkning av hjerterefrekvens (Helsedirektoratet, 2017). Det er sykepleierens ansvar å utføre medisinaladministrasjon i tilfeller der pasienten ikke er i stand til å gjøre det selv eller ikke forstår legens instruksjoner (Helsedirektoratet, 2017).

Funnene viser at enkelte ikke fikk utført dagligdagse gjøremål på grunn av manglede motivasjon, håp og angst (Hutton & Ownsworth, 2019; Kuluski et al., 2014; Maaijwee et al., 2014). Angst utgjorde en hindring selv for de mest grunnleggende oppgavene som tidligere var håndterbare før hjerneslaget. De berørte personene opplevde utfordringer med å håndtere hverdagen på grunn av den nye situasjonen de befant seg i (Hutton &

Owensworth, 2019; Kuluski et al., 2014). I Kuluskis (2014) studie beskrev en kvinnelig deltaker angsten for å ta bussen og hennes manglende evne til å håndtere den situasjonen hun sto ovenfor. I hennes aldersgruppe er det vanlig at man kan benytte seg av offentlig transport og utføre flere aktiviteter samtidig. Som sykepleier er det viktig i dette tilfellet å kunne veilede og støtte pasienten. Sykepleieren kan bidra til å iverksette en prosess der kommunen kan tilby alternative transportmidler som kan hjelpe pasienten med å komme seg dit hun ønsker. Et eksempel på dette kan være å benytte seg av drosje. I tillegg kan venner og familie også være til støtte under offentlig transport, noe som vil bidra til at personen som lider av angst opplever en følelse av trygghet. Dette kan betraktes som en problemfokuserert mestringsstrategi. Den berørte kan oppleve følelsesmessige utfordringer i denne sammenhengen, da vedkommende kan føle seg til bry eller motvillig til å vise sårbarhet. Det er viktig at sykepleier ivaretar familien og tilbyr nødvending informasjon, slik at de forstår den rammede sine svakheter.

4.3 Sosial integrasjon etter hjerneslag

De fleste deltakerne i studien har opplevd at deres sosiale liv har blitt ødelagt etter hjerneslaget. Det sosiale livet er en viktig del av tilværelsen for mange. I den aldersgruppen hvor slaget rammet dem, er det vanlig å være aktivt sosialt, bygge nettverk og bidra til den kommende generasjonen (Hutton & Owensworth, 2019; Kuluski et al., 2014; Lawrence, 2010; Maaijwee et al., 2014). For enkelte deltakere ble det å måtte gjøre seg klar for å delta i sosiale sammenkomster så slitsomt at de heller valgte det bort. Det ble for anstrengende å gjøre seg i stand. Tanken på å måtte pynte seg og forberede seg ble overveldende (Kuluski et al., 2014). Ifølge Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017) bør alle pasienter med begrensninger i personlig aktivitet få trening i dagliglivets aktiviteter (ADL). Sykepleier kan via hjemmesykepleier hjelpe til med for eksempel ADL om morgenen for å avlaste pasienten og frigjøre ressurser til andre ønskelige aktiviteter. Sykepleier kan kontakte kommunen og søke om ergoterapeut eller fysioterapeut som kan tilby trening. Treningen vil bidra til bedre kondisjon, økt selvstendighet og fremme aktivitetsnivået til en person som har hatt slag (Helsedirektoratet, 2017). Hvis man ikke får muligheten til å komme seg ut og føle nærhet, kan man føle seg utenfor og til slutt ende opp isolert.

For noen individer var det å delta i samfunnet forbundet med negative motiver. De opplevde en nedgang i selvfølelse på grunn av manglende evne til å fungere sosialt. (Hutton & Owensworth, 2019; Kuluski et al., 2014; Lawrence & Kinn, 2012). Sykepleiere spiller fortsatt en viktig rolle i rehabiliteringsprosessen etter den akutte rehabiliteringsfasen. Det er nødvendig at sykepleiere styrker pasientens kunnskapsbase, ressurser og mestringssevne. Ved å samarbeide med kommunen kan sykepleieren også tilrettelegge støtte fra logoped som kan tilby pasienten hjemmebasert trening, slik at de kan gjenopprette best mulig funksjon etter sykehusrehabilitering. Selv om det finnes IKT løsninger som kan hjelpe enkeltpersoner med å kommunisere i sosiale settinger, kan dette ytterligere påvirke selvfølelsen negativt, fordi det kan gi et dårlig førsteinntrykk av pasienten, og andre kan se ned på pasienten. For å styrke pasientens ressurser og kan det være viktig at den sosiale sirkelen til pasienten får en forståelse for sykdommen. Den problemfokuserede tilnærming vil kunne bidra til mestring og helsefremming.

Jobb og økonomi er avgjørende for å oppnå produktivitet og fungere effektivt i livet. Produktivitet er knyttet til evnen til å bidra til samfunnet og sikre en bedre fremtid for kommende generasjoner, samtidig som man føler seg verdifull i samfunnet. Et hjerneslag i den livsfasen kan føre til en opplevelse av stagnasjon (Erikson, 2000, s. 259-260). Studien viser at begrensede økonomiske midler etter et hjerneslag kan hindre muligheten for å tilpasse hjemmet slik at det blir tilgjengelig for funksjonshemmede (Kuluski et al., 2014; Maaijwee et al., 2014; Sadler et al., 2014). I henhold til nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet (2017) bør personer med varig funksjonshemming etter et hjerneslag kunne få tilpasset boligen sin. Prosessen med tilpasning tar lang tid, og det er derfor viktig å starte tidlig for å sikre en smidig gjennomføring. Sykepleiere kan bistå ved å kontakte sosionomer, ergoterapeut eller NAV for å kartlegge boligen og søke om nødvendige hjelpemidler og ressurser. Videre kan de også hjelpe med å søke om økonomisk støtte for å sikre egen forsørgelse og eventuelt familiens økonomiske behov (Helsedirektoratet, 2017). Denne måten å løse stresset på vil bidra til at den rammede får oppleve mestring av situasjonen, og kan kalles problemfokuset mestring.

Familien spiller en sentral rolle i livet til enkeltpersoner. Studiene viser at unge som har opplevd slag har en uvanlig høy grad av følelsesmessighet når de er med familien sin. Selv normale hendelser knyttet til familien kan bli overveldende og utløse sinne og frustrasjon. De som har opplevd slag føler seg ikke lenger som en integrert del av familien, men mer som en byrde (Kuluski et al., 2014; Lawrence, 2010; Lawrence & Kinn, 2012). De opplever vanskeligheter med å opprettholde nærhet, noe som er viktig i denne fasen av livet. Det er avgjørende å motta nærhet og kjærlighet fra venner, familie eller partner for å kunne oppleve en følelse av trygghet og selvsikkerhet. Dersom man ikke føler seg trygg på seg selv, kan dette føre til isolasjon (Erikson, 2000, s. 256-259). Et eksempel som illustrerer dette kommer fra Kuluski et al., (2014), hvor en mannlig deltaker fortalte at han ikke opplevde et romantisk forhold til partneren sin. Han kunne ikke ta initiativ til romantiske aktiviteter fordi han følte at det var partnerens oppgave å inkludere ham, snarere enn omvendt. Vedkommende følte ikke at det var en romantisk opplevelse når partneren dyttet ham i rullestolen på stranden eller under en piknik. Han opplever at den nærheten og intimiteten han trenger ikke blir oppfylt på grunn av de fysiske konsekvensene av slaget han har. Som sykepleier kan en jobbe problemfokuset å kunne identifisere problemet hos den rammede, og lære nye ferdigheter for å møte utfordringene. I det nevnte eksempelet kan sykepleieren for eksempel ta kontakt med hjelpemiddelsentralen for å bestille en elektrisk rullestol, slik at partneren ikke lenger trenger å dytte pasienten, men at vedkommende kan kjøre seg selv rundt. Helse Coaching kan brukes som et verktøy av en sykepleier for å kunne hjelpe pasienten i å finne svarene til å nå målet sitt.

4.4 Gjenoppbygging av identiteten

Min studie indikerer at en betydelig andel pasienter som har gjennomgått et hjerneslag, opplever en manglende følelse av å gjenvinne sin tidligere familiære rolle i samfunnet. De dagligdagse oppgavene som de tidligere tok for gitt, ble plutselig fratatt dem. Den tidligere "jeg"-identiteten forsvant etter slaget. Dette førte til bevisgjøring av deres egen dødelighet (Hutton & Ownsworth, 2019; Kuluski et al., 2014; Lawrence, 2010; Lawrence & Kinn, 2012; Shipley et al., 2020). Livet ble snudd på hodet, og de følte at de måtte påta seg nye roller i samfunnet, fordi de ikke hadde mulighet til å utføre ønskede aktiviteter. Det resulterte i at en mistet håp og mening med livet. Den tidligere tilværelsen ble stagnert som følge av hjerneslaget (Kuluski et al., 2014). En deltaker i studien til (Lawrence & Kinn, 2012) fortalte at hun følte hun var 95% seg selv, og tenkte at den resterende 5% ikke ville komme tilbake.

Den nevnte gruppen av pasienter opplever å ha påtatt seg en ny rolle i samfunnet. De søker aktivt å frigjøre seg fra aspekter av deres tidligere selv (Kuluski et al., 2014). Som sykepleier er det avgjørende å tilby kognitiv støtte og veiledning for å sikre at pasienten føler seg ivaretatt. Det er viktig å understreke at hver pasient er unik med individuelle behov, og egne mål. En emosjonsfokuseret tilnærming vil kunne bidra til å gjenopprette følelsen av normalitet og tilstedeværelse. I slike tilfeller er det ikke hensiktsmessig å anvende en problemorientert tilnærming for pasienten, da følelser utgjør hovedfokuset. En vesentlig del av prosessen er å akseptere seg selv og erkjenne at man blir den man blir, uten muligheten til å endre det som har skjedd i fortiden. En må kunne føle på selvfølelse, samhørighet og meningsopplevelse. Dette er en tidskrevende prosess hvor en må sakte akseptere sin nye rolle (Cullberg, 1981 s. 97-98, s. 132). Sykepleier må veilede, undervise og tilegne nye kunnskap til de rammede slik at føler seg ivaretatt og mestrer sin egen helse (Tveiten, 2020, s. 38-39). Familien kan også være en verdifull ressurs i mestringsprosessen. For eksempel kan en ektefelle bidra til å gi mening til den berørtes liv ved å verdsette vedkommende.

4.5 Styrker og svakheter

Jeg har gjennomført et systematisk litteratursøk og inkludert studier fra 2012 til nåtid. Det er viktig å merke seg at det kan være forskjeller i forskningen over en 10-års periode. Helse-systemet gjennomgår endringer over tid, og det er nødvendig å erkjenne at opplevelser og erfaringer kan variere mellom de ulike årene da artiklene ble skrevet. Det er også viktig å ta hensyn til forskjeller mellom ulike aldersgrupper. Mellom aldersgruppen 18-55 år er det stor variasjon mellom hvordan livet ser ut og hva man anser som viktig i de ulike fasene. Videre må det bemerkes at syv artikler utgjør et begrenset antall studier for å støtte oppgaven, det ville vært bedre med fler artikler for å sikre kredibilitet. Artiklene er på engelsk, noe som kan gjøre det utfordrende å oversette til norsk. Under oversettelser kan det være aspekter som kan gå tapt på grunn av ulike begreper og ordforråd.

Alle inkluderte artikler har et tydelig fokus på pasientperspektivet og er kun kvalitative. Jeg har valgt å utelukke kvantitative artikler fordi den metoden vil være tallfestet data, og det vil være vanskelig å kunne tolke en direkte opplevelse fra deltakerne. Det er verdt å merke seg at ingen av artiklene inneholder bidrag fra sykepleiere. Dersom det hadde vært tilfelle, kunne det potensielt bidratt til en isolering av pasientens stemme. Dette har bidratt til å gi meg en grundig forståelse av deltakernes følelser og opplevelser. Artiklene inneholder direkte sitater fra deltakerne, noe som gir en direkte stemme til de berørte. For å sikre sammenlignbarhet har jeg valgt artikler fra land som har et lignende helsesystem og levekår. Artikler fra eksempelvis Asia eller Afrika kan avvike på grunn av ulike helsesystemer og levekår. Selv om artiklene er fra land med samme type helsesystem, kan det være variasjon på kommunenivå og hvordan hjemmesykepleie fungerer.

Alle artiklene ble identifisert gjennom søk i register for vitenskapelige publiseringskanaler. Samtlige tidsskrifter ble vurdert som nivå 1 og publisert i anerkjente tidsskrifter i henhold til minimumskravet til vitenskapelighet. I tillegg ble de gjennomgått og vurdert i henhold til sjekklister fra helsebiblioteket for å sikre kvalitet.

4.6 Konklusjon

I denne oppgaven var formålet å undersøke hvordan unge slagrammede opplever hverdagen etter den aktive rehabiliteringsfasen. Resultatene av studien viser at de unge slagrammede opplever fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle utfordringer i sin daglige tilværelse. Det er viktig å påpeke at disse fire aspektene er sammenkoblet, og det er essensielt å betrakte dem som en helhetlig enhet. Gjennom dette får man en holistisk forståelse av mennesket.

Sykepleiere må kunne tilnærme seg de rammede individuelt og unngå å behandle dem som ensartede pasienter. De rammede har ulike behov som må tas hånd om, og sykepleieren må derfor arbeide individuelt for å møte disse behovene. Helsefremmende sykepleie er viktig for å styrke de ressursene en har. Sykepleiere må også være i stand til å jobbe undervisende og rehabiliterende for å kunne hjelpe pasienten gjennom krisen.

Etter å ha opplevd et slag, står de slagrammede overfor en rekke utfordringer som kan føre til følelsen av å ikke mestre hverdagen. Denne plutselige endringen tvinger dem til å påta seg en ny rolle og tilpasse seg en helt ny livssituasjon. Tidligere var nærhet og produktivitet viktige aspekter av deres liv, men nå opplever de en enorm motstand i å oppfylle disse behovene.

Referanser

- Aveyard, Helen. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. McGraw-Hill Education.
- Christoffersen, Line, Johannessen, Asbjørn, Tufte, Per Arne & Utne, Inger. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt.
- Cullberg, Johan. (1981). *Mennesker i krise og utvikling : en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie* (C. Hambro, Overs.; 2. utg.). Aschehoug.
- Eide, Hilde & Eide, Tom. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Erikson, Erik H. (2000). *Barndommen og samfunnet* (K. v. Krogh, Overs.; 2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Aust J Adv Nurs*, 20(2), 22-26.
- Helsedirektoratet. (2017, 21.12.2017). *Hjerneslag*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Hutton, Lauren & Ownsworth, Tamara. (2019). A qualitative investigation of sense of self and continuity in younger adults with stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(2), 273-288. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1292922>
- Kristoffersen, Nina Jahren, Nordtvedt, Finn, Skauh, Eli-Anne & Grimsbø, Gro Hjelmeland. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. r. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., Bd. 1). Gyldendal akademisk.
- Kuluski, Kerry, Dow, Clare, Locock, Louise, Lyons, Renee F. & Lasserson, Daniel. (2014). Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 22252. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22252>
- Lawrence, M. (2010). Young adults' experience of stroke: a qualitative review of the literature. *British Journal of Nursing*, 19(4), 241-248. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.4.46787>
- Lawrence, Maggie & Kinn, Sue. (2012). Determining the needs, priorities, and desired rehabilitation outcomes of young adults who have had a stroke. *Rehabilitation Research & Practice*, 1-9. <https://doi.org/2012/963978>
- Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Maaijwee, Noortje A. M. M., Rutten-Jacobs, Loes C. A., Schaapsmeeders, Pauline, van Dijk, Ewoud J. & de Leeuw, Frank-Erik. (2014). Ischaemic stroke in young adults: risk factors and long-term consequences. *Nature Reviews Neurology*, 10(6), 315-325. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.72>

- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Sadler, Euan, Daniel, Katie, Wolfe, Charles D. A. & McKeivitt, Christopher. (2014). Navigating stroke care: the experiences of younger stroke survivors. *Disability & Rehabilitation*, 36(22), 1911-1917. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.882416>
- Shiple, Jessica, Luker, Julie, Thijs, Vincent & Bernhardt, Julie. (2020). How can stroke care be improved for younger service users? A qualitative study on the unmet needs of younger adults in inpatient and outpatient stroke care in Australia. *Disability & Rehabilitation*, 42(12), 1697-1704. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1534278>
- Tveiten, Sidsel. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Wergeland, Anne, Kristensen, Dorte Vesterager & Ryen, Signy. (2022). Sykepleie ved hjerneslag. I R. Grønseth & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 2* (6. utg.). Gyldendal.

