

Isak Synnes Kjerstad 10021
Inayatullah Haidari 10013
Bojana Gujic 10005

Å leve livet etter hjerneslag

Hvordan opplever pasienter livet etter å ha overlevd hjerneslag?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Gunn Jolanthe Bringsli
Mai 2024



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Isak Synnes Kjerstad 10021
Inayatullah Haidari 10013
Bojana Gujic 10005

Å leve livet etter hjerneslag

Hvordan opplever pasienter livet etter å ha overlevd hjerneslag?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Gunn Jolanthe Bringsli
Mai 2024

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Årlig rammes ca.15000 mennesker av hjerneslag i Norge. Det er en alvorlig medisinsk tilstand som kan forårsake store konsekvenser for individets fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle helse. Risikoen øker med alder over 60 år. Det er den tredje vanligste dødsårsaken både nasjonalt og internasjonalt. Tidligere var det stort fokus på behandling av fysiske konsekvenser etter hjerneslag. I dag er det økende fokus på helhetlig behandling av pasienter som blir rammet av slag, inkludert behandling av de psykiske, sosiale og eksistensielle aspekter for å øke pasientens motivasjon og mestringsevner for å bli mer selvstendig.

Hensikt: I denne bacheloroppgaven vil vi utforske pasienters opplevelser av å leve livet etter hjerneslag. Samtidig prøver vi å forstå hvordan sykepleiere kan bistå slagoverlevende å mestre hverdagen.

Metode: Systematisk litteraturstudie med fem kvalitative artikler, en reviewartikkel og en kvantitativ artikkel.

Resultat: Slagoverlevende opplever fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle konsekvenser som følge av slag. Disse aspekter er sammenvevd og gir svikt i mestringskompetanse.

Konklusjon: Svekket mestringskapasitet medfører utfordringer i møte med daglige gjøremål, sosiale og livsviktige arenaer. Det gir konsekvenser for sykepleie. Sykepleiere må bistå slagrammede med å styrke deres mestringsressurser for å kunne håndtere hverdagen.

Abstract

Background: Every year, approximately 15000 people are affected by stroke in Norway. It is a serious medical condition that can cause major consequences for an individual's physical, mental, social, and existential health. The risk increases with age over 60. It is the third most common cause of death both nationally and internationally. Previously, there was a strong focus on the treatment of physical consequences after a stroke. Today, there is an increasing focus on holistic treatment of patients affected by stroke, including treatment of the psychological, social and existential aspects to increase the patient's motivation and coping skills to become more independent.

Objective: In this bachelor's thesis, we will explore patients' experiences of living life after stroke. At the same time, we are trying to understand how nurses can assist stroke survivors to cope with everyday life.

Method: Systematic literature review with five qualitative articles, one review article and one quantitative article.

Results: Stroke survivors experience physical, psychological, social and existential consequences as a result of stroke. These aspects are intertwined and result in a failure in coping skills.

Conclusion: Weakened coping capacity leads to challenges with daily tasks, social and vital arenas. This has consequences for nursing. Nurses must assist stroke victims in strengthening their coping resources in order to cope with everyday life.

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon.....	5
1.1 Bakgrunn for tema.....	5
1.1.1 Hjerneslag.....	5
1.2 Presentering av problemstillingen.....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	6
1.4 Oppgavens oppbygging.....	6
2 Teoribakgrunn.....	7
2.1 Empowerment.....	7
2.2 Sykepleierens funksjonsområder.....	7
2.3 Antonovskys salutogenetiske teori.....	8
3 Metode.....	10
3.1 Søkeprosess.....	10
3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
3.2 Søkestrategi.....	10
3.3 Kvalitetsvurdering.....	11
3.4 Analyse.....	11
Tabell 1 Hovedkategorier og underkategorier.....	12
4 Resultat.....	13
4.1 En ukjent kropp.....	13
4.2 Emosjonelle vansker.....	13
4.3 Tap av sosiale liv og betydning av nye sosiale nettverk.....	14
4.4 Endret liv.....	16
5 Diskusjon.....	17
5.1 Påvirkning av hjerneslaget på fysiske utfall.....	17
5.2 Psykiske konsekvenser etter slag.....	18
5.3 Slagets påvirkning på sosial interaksjon.....	19
5.4 Eksistensielle utfordringer etter hjerneslag.....	21
5.5 Studiens styrker og svakheter.....	22
5.6 Konklusjon av oppgaven.....	23
Litteraturliste:.....	24
Vedlegg.....	26
vedlegg 1.docx.....	26
Vedlegg 2.docx.....	26

Antall ord: 7455

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for tema

1.1.1 Hjerneslag

Cerebralt insult, også kjent som hjerneslag, er en alvorlig medisinsk tilstand som oppstår når blodtilførselen til deler av hjernen opphører. Enten på grunn av en blødning i hjernen eller på grunn av blokkering i en av hjernens blodårer (Wergeland et al., 2021, s.303).

Haemorrhagia cerebri, kjent som hjerneblødning, er når en blodåre i hjernen brister. Dette fører til hevelse og trykk på omkringliggende strukturer som følge av blod som lekker ut i omkringliggende vev. Hjerneblødning utgjør ca. 10-12% av tilfellene. Apoplexia cerebri, hjerneinfarkt, utgjør den største andelen på ca. 85-90% av hendelsene. Det skyldes en blokkert blodåre, oftest på grunn av en blodpropp som kommer fra aorta, halsarteriene eller fra selve hjertet som fester seg i arteriene i hjernen. Dette fører til celledød på grunn av oksygen og glukosemangel i de berørte hjernecellene. Konsekvensene av et hjerneslag kan være alvorlig funksjonshemming som lammelse, kognitive utfall, talevansker, psykiske helseproblemer som depresjon og i verste fall død (Wergeland al., 2021, s. 304-310).

Risikofaktorer er høyt kolesterol, høyt blodtrykk, hjertesykdommer, åreforkalkning, røyking, diabetes og mangel på fysisk aktivitet. Man kan få et alvorlig forvarsel som et forbigående tilfelle av slagsymptomer, et Transitorisk Iskemisk Anfall (TIA). Risikoen øker vesentlig med alder over 60 år. Vanlige tegn på hjerneslag omfatter plutselig nummenhet eller svakhet i armen, beinet eller ansiktet, vanskeligheter med å forstå språk eller snakke, alvorlig hodepine og svimmelhet. Ved symptomer på hjerneslag skal slagrammede innlegges umiddelbart. Tidlig diagnose er avgjørende for å kunne sette i gang med behandlingen så fort som mulig og begrense skaden på hjernen (Eiding, 2020, s. 148-155).

I henhold til retningslinjer fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, er en sentral del av sykepleiepraksis å styrke den fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle helsen til pleietrengende (Wergeland et al., 2021, s. 304). For slagoverlevende legges det vekt på behovet for psykososiale synsvinkler i omsorgen. Det er derfor sentralt i sykepleiepraksis at mestring, empowerment, salutogenese, og forebygging av negative utfall etter hjerneslag blir tatt i betraktning (Wergeland et al., 2021, s. 314-315).

1.2 Presentering av problemstillingen

“Hvordan opplever pasienter livet etter å ha overlevd hjerneslag ?”

Vår målsetting er at slagoverlevende får bistand som gir gode forutsetninger for å øke mestringsevnen slik at det kan gi en meningsfull tilværelse.

1.3 Begrepsavklaring

Livet etter hjerneslag: Vi definerer det som slagrammede som har behov for rehabilitering etter å blitt overført fra slagenheten. Vi begrenser oss til voksne slagoverlevende mellom 44-80 år og som opplevde hjerneslag inntil 12 måneder siden. Noen av studiedeltakerne er fortsatt i rehabilitering, og noen er hjemmeboende.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i fem hoveddeler som består av introduksjonskapittel, teorikapittel, metodekapittel, resultat, og diskusjonsdel med konklusjon. I teorikapitlet presenteres det relevante teorier som belyser problemstillingen. I metodedelen skal vi presentere vår søkeprosess, søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse av forskningsartiklene. I resultatdelen blir vårt funn presentert med hovedkategoriene, inkludert underkategorier fra sju forskningsartikler. I diskusjonsdelen drøfter vi artiklene ut fra problemstillingen i lys av sentrale funn fra artiklene og teorien som ligger til grunn i oppgaven. Vi skal også vise til styrker og svakheter med oppgaven og til slutt komme med en kort konklusjon av diskusjonsdelen.

2 Teoribakgrunn

I dette kapittelet skal vi presentere empowerment, sykepleiers funksjon- og ansvarsområde i rehabilitering, og presentasjon av Antonovskys teori om salutogenese (opplevelse av sammenheng).

2.1 Empowerment

Empowerment handler om å styrke individets evne og mulighet til å ta kontroll over faktorer som påvirker deres helse og livsstil. Det kan både være prosessen for å nå målet eller målet i seg selv. Sykepleieren støtter opp pasientens egne ressurser og gjør dem til hovedansvarlig for egen helse. Sykepleiere skal aktivt inkludere pasienten i planlegging, gjennomføring og utøvelse av pleie. Pasienten betraktes som en likeverdig partner av sykepleier (Romsland et al., 2022, s.152). Empowerment benyttes i pleie for å redusere maktdimensjonen mellom helsepersonell og pasienten. Empowerment prøver å forhindre paternalisme overfor pasienten (Romsland et al., 2022, s.155).

Helsekompetanse er en del av empowerment. Sykepleier må gi pasienter kunnskap for å håndtere den nye hverdagen. Sykepleiers posisjon i empowerment involverer bidrag til pasientens mestringsprosess. Dette involverer 3 hovedpunkter; forhandling, forklaring og nonverbal kommunikasjon. Forhandling betyr at sykepleier hører på pasientens ønsker og kommer til enighet med pasienten. Det handler om å finne den beste løsningen på problemet som fungerer for begge parter. Forklaring går også inn i samtalen med pasient. Her må sykepleier informere pasienten. Dette inkluderer hva som skal skje videre og hvorfor sykepleier tenker dette er viktig for pasienten. Pasienten skal ikke tvinges, men det forekommer som regel ikke en dialog som med forhandling. Denne strategien har stor betydning og det er viktig at sykepleiere gjør dette på riktig måte. Forklaring tilrettelegger for at pasienten kan være en aktiv deltaker i rehabiliteringsprosessen. Nonverbal kommunikasjon går hovedsakelig ut på hvordan sykepleiere gjennom holdningen deres bidrar til å bygge tillit og kontakt. Dette involverer for eksempel blikk-kontakt, berøring og toneleie (Romsland et al., 2022, s.156).

2.2 Sykepleierens funksjonsområder

Sykepleierens funksjon- og ansvarsområde omfatter fem områder: helsefremming, forebygging, behandling, lindring og palliasjon, og rehabilitering. I tillegg har sykepleiere ansvar for undervisning, administrativt arbeid og skal drive med forskning som er kunnskapsbasert praksis (Kristoffersen et al., 2021, s.19-21). I denne bacheloroppgaven skal vi fokusere på sykepleiers funksjon og ansvarsområde i rehabilitering.

Rehabilitering retter seg mot mennesker som har langvarig eller akutt helse/funksjonssvikt. Det handler om å trene kroppen og hjernen, og gjenvinne den fysiske, psykiske, sosiale eller kognitive funksjonsevnen etter sykdom eller skader. For å

gjenvinne helse og mestre livssituasjonen trenger pasienten opptrening av nye ferdigheter og har behov for ny kunnskap. For å hjelpe pasienter i rehabilitering kan sykepleietiltak og ansvar rette seg mot tilrettelegging av omgivelsene og å styrke pasientens ressurser, til å håndtere eller mestre utfordringer, som følge av skade eller sykdom. Sykepleieres rolle kan være å informere, veilede, undervise, støtte og tilrettelegge for trening. Det er rettet mot å styrke pasientens kunnskap, forståelse, vilje og motivasjon (Kristoffersen et al., 2021, s. 21). I tillegg skal rehabiliterende sykepleiere med kompetanse og ferdigheter dekke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov og jobbe tverrfaglig for å oppnå det (Romsland et al., 2022, s.182).

2.3 Antonovskys salutogenetiske teori

Antonovsky definerer sin teori om salutogenese gjennom opplevelse av sammenheng (OAS). Han forklarer at salutogenese handler om det som fremmer økt velvære og mestring hos personer som opplever stress og utfordringer. Han mener at mestring dreier seg om hvordan mennesker møter utfordrende livssituasjoner, og evnen til å mestre dem. Mestring, ifølge Antonovsky, handler blant annet om motstandsressurser, og beskriver denne opplevelsen gjennom tre dimensjoner: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

- Begripelighet beskriver i hvilken grad et menneske opplever at indre og/eller ytre stimuli er forståelig, organisert og sammenhengende.
- Håndterbarhet omhandler i hvilken grad en person erfarer at utfordringer er håndterbare. Det er avhengig av pasientens indre ressurser og evne til å takle nye utfordringer.
- Meningsfullhet opplyser i hvilken grad mennesker opplever livet følelsesmessig, og utfordringer som er verd å engasjere seg i. Meningsfullhet handler om den emosjonelle verdien pasienten ser i aktiviteter og livet generelt (Antonovsky, 2012, s.39-41) .

Opplevelse av sammenheng (OAS) er karakterisert av disse tre dimensjonene som er innvevde i hverandre. En komponent har direkte innvirkning på en annen og motsatt. Antonovsky viser til at opplevelse av håndterbarhet er knyttet til høy begripelighet. I tillegg er det nødvendig at individet er motivert for å identifisere indre og ytre ressurser (Antonovsky, 2012, s. 42-43). Videre poengterer Antonovsky at alle dimensjoner i OAS er nødvendige, men ikke veier like tungt. Største tyngden tilskriver Antonovsky til motivasjonsfaktoren som er knyttet til meningsfullhet. Hovedpoenget er at god mestring forutsetter en samlet OAS. Han mener også at indre følelser, å involvere seg i meningsfulle aktiviteter, sosiale relasjoner og eksistensielle tema er områder som legger vekt på bedring og gir sterk OAS som er nødvendig å investere i for å øke mening i livet (Antonovsky, 2012, s. 44- 45).

Antonovsky mener at individer trenger ressurser for å klare å bevege seg mot riktige retninger, altså motstandsressursene som består av eksterne og interne ressurser. I den salutogene modellen inkluderer Antonovsky stressfaktorer og generelle motstandsressurser fordi de påvirker mestringsressurser og OAS. En sterk OAS består av generelle motstandsressurser og de bestemmer individets evne til å håndtere spenning på en god måte. I motsetning til stressressurser, danner motstandsressurser

livsopplevelser bestående av indre sammenheng, å være med i bestemmelser, og harmoni mellom underbelastning og overbelastning (Antonovsky, 2012, s.50-53).

3 Metode

I kapittel 3 presenterer vi vår søkeprosess, søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse av forskningsartiklene.

3.1 Søkeprosess

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi brukte inklusjons- og eksklusjonskriterier som hjelp oss med å innhente forskningsartikler med relevant innhold og god kvalitet .

Inklusjonskriterier:

Artikler med IMRAD-strukturen.

Artikler i perioden 2014-2024

Artikler i fulltekst

Pasientperspektiv

Fagfellevurdert

Etisk godkjent

Pasienter i voksen alder

Engelsk, norsk, svensk og dansk

Artikler fra vestlig verden, inkludert Australia

Eksklusjonskriterier

Sykepleier-og pårørendeperspektiv

Artikler uten IMRAD-struktur

forskningsartikler eldre enn 2014

3.2 Søkestrategi

Vi begynte å søke etter forskningsartikler i januar 2024. Vi har utført søk i databasene CINAHL, Google Scholar, Oria (bibliotekjeneste), Taylor & Francis Online og PubMed. Vi benyttet systematisk litteratursøk som skulle hjelpe oss å finne forskningsartikler som kunne besvare vår problemstilling. De mest relevante forskningsartiklene var på CINAHL og Taylor & Francis Online.

Vi søkte i den mest kjente databasen CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) som inneholder litteratur om sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og beslektede emner (Aveyard, 2023, s.83). Vi valgte seks forskningsartikler som var relevante for problemstillingen vår. Vi fant også mange interessante forskningsartikler på Taylor & Francis online hvor en forskningsartikkel var relevant for oppgaven vår.

I vårt søk har vi brukt boolske operatører som "OR" og "AND". "OR" gir treff på begge søkeordene. Det er motsatt med "AND", artikkel må inneholde begge termer. "NOT" tilsier at artikkel ikke kan inneholde begge søkeord (Aveyard, 2023, s.86-87). I vår oppgave har vi ikke benyttet "NOT". Ifølge Aveyard (2023) ved bruk av "NOT" så kan man risikere å ekskludere relevante treff. I oppgaven vår har vi også brukt trunkering. Trunkering innebærer å søke på kjerneelementet av et ord for å få ulike varianter av ordet med entalls-/flertallsendelser. Tegnet til trunkering er en stjerne (*) (Aveyard, 2023, s.84-85).

Vi brukte nesten samme søkestrategi på alle databasene som er nevnt over. Først brukte vi søkeordet "stroke" alene, men vi fikk veldig mange treff. Deretter brukte vi søkeordene "Stroke" OR "Stroke patients" OR "Stroke survivors" og kombinerte med trunkeringsteknikken "Patient* AND (experience* OR attitude* OR view* OR feeling* OR opinion*)". Denne søkestrategien var mest effektiv på CINAHL. Vi prøvde samme søkestrategi med trunkeringsteknikken på andre databaser, men vi fikk bare feil. Det er fordi ulike databaser krever ulike strategier å søke på (Aveyard, 2023, s.81-84). Søk på andre databaser ble gjort uten trunkering med bare kombinasjon av "OR" og "AND". Samtidig begrenset vi treffene med å bruke inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Se vedlegg 1 søketabell og artikkelmatrise 1-7 artikler (vedlegg 2), der har vi gjort rede for søkestrategien og innholdet av forskningsartiklene.

3.3 Kvalitetsvurdering

Vi valgte sju forskningsartikler etter gjennomføring av litteratursøket som danner grunnlag for analysen: fem kvalitative artikler, en kvalitativ reviewartikkel, og en kvantitativ artikkel. De utvalgte forskningsartiklene ble nøye vurdert i henhold til relevans for oppgavens problemstilling og nummerert fra 1-7. De sju utvalgte forskningsartiklene ble lest og kritisk vurdert både i fellesskap og hver for oss. Vi fokuserte mest på kvalitative forskningsartikler. I den kvalitative metoden er formålet å få dypere forståelse av erfaringer og opplevelser pasienter har med sykdommen sin (Aveyard, 2023, s.60)

3.4 Analyse

Ifølge Aveyard (2023) handler analysearbeidet om å dele opp forskningsmaterialet i mindre deler som skal være hver for seg. Det innebærer å vise hva materialet vi har undersøkt sier, og senere starter syntesen som handler om å legge delene sammen til en helhet. I denne oppgaven ble Evans (2002, s.25) sin metode for innholdsanalyse benyttet. I innholdsanalysen klassifiserer man systematisk data trin for trin, hvor målet er å vurdere spesifikke fenomen og identifisere vedvarende tema. Modellen er inndelt i fire trinn.

Trinn 1: Ifølge Evans (2002, s. 25) handler det første trinnet om å utføre systematisk litteratursøk for å samle inn datamaterialet for oppgaven, altså forskningsartikler. Vi har søkt i ulike databaser systematisk. Det ble valgt sju forskningsartikler. Se vedlegg 2 for mer detaljer.

Trinn 2: I det andre trinnet blir nøkkelfunn i forskningsartiklene identifisert (Evans, 2002, s. 25). Vi tar utgangspunkt i resultatene og funnene for analysen. Vi oversatte resultatene i forskningsartiklene til norsk for å gjøre det enklere for oss å identifisere nøkkelfunnene. Hver artikkel ble lest gjentatte ganger både hver for oss og i fellesskap. Nøkkelfunn ble merket eller kodet med forskjellige farger. Funn ble lagt i et fellesdokument for oversiktighet. Vi presenterte de viktigste nøkkelfunnene til hverandre, før vi sammenlignet dem. Basert på denne prosessen, har vi utarbeidet en tabell for nøkkelfunnene.

Trinn 3: Neste trinn i Evans (2002, s.25) analysemodell er å sammenligne funnene fra trinn 2, og vurdere dem mot hverandre for å finne fellestrekk og temaer. Vi leste artiklene på tvers i fellesskap for å sammenligne nøkkelfunnene og trekke fram fellestrekk og ulikheter. Vi kategoriserte nøkkelfunnene i tabellen. Tabell 1 nedenfor inneholder fire hovedkategorier: fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle konsekvenser. Under hver hovedkategori har vi underkategorier med kategorier fra forskningsartiklene.

Tabell 1 Hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Fysiske konsekvenser Artikkel: 2, 3, 4, 5, 6, 7	<ul style="list-style-type: none"> • Funksjonstap • Tretthet/mangel på energi
Psykiske konsekvenser Artikkel: 1,2, 3, 4, 5, 6	<ul style="list-style-type: none"> • Økt sårbarhet • Redusert selvtillit • Økt usikkerhet
Sosiale konsekvenser Artikkel: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	<ul style="list-style-type: none"> • Isolasjon/ensomhet • Tap av sosial tilhørighet • Nytt nettverk
Eksistensielle konsekvenser Artikkel: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	<ul style="list-style-type: none"> • Endret identitet • Betydning av aktiviteter • Deltakelse i egen bedringsprosess

Trinn 4: Siste trinn i Evans (2002, s. 25) analysemodell handler om å ta i bruk funnene til å formidle fenomenet. Hovedkategoriene med inkluderte underkategorier som ble utarbeidet i trinn 3 (tabell 1) blir videre presentert i resultatkapittelet.

4 Resultat

Her vil vi presentere hovedkategoriene med inkluderte underkategorier fra de sju forskningsartiklene.

4.1 En ukjent kropp

Respondentene som overlevde hjerneslag opplevde funksjonssvikt i form av en endret og svekket kropp. Funksjonstap medførte redusert selvstendighet og tap av kontroll over egen kropp. Svekket motorikk, svikt i fysisk grunnleggende behov, tretthet og hukommelsesvansker har redusert evne til å mestre hverdagen (Erikson et al., 2023; Kenah et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014, Stagg et al., 2022). I noen av studiene ble det rapportert om at studiedeltakerne opplevde sin hånd som et objekt. Det hadde innvirkning på rehabiliteringsprogresjon (Erikson, et al., 2023; Taule & Råheim, 2014). En respondent beskrev det slik; "My left hand is the big problem and of little use" (Taule & Råheim, 2014).

Respondentene erfarte at funksjonssvikt hadde direkte innvirkning på hverdagen deres. Gjøremål som de tidligere opplevde som enkle, som å bevege seg innendørs eller påkledning, opplevdes som mer utfordrende. Små feil under bevegelse, og et øyeblikks tap av konsentrasjon kan føre til fall, som kan gi katastrofale konsekvenser (Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Stagg et al., 2022).

En studiedeltaker beskrev/opplevde det slik: "The instant you take the stairs, you tense up and think, damn, will it or will it not?" " I just have to see" (Taule & Råheim, 2014).

Gjennomføring av aktiviteter opplevdes utfordrende grunnet tretthet. Daglige rutiner krevde ekstra energi og tok lengre tid enn før. Brudd i aktiviteter og eksklusjon fra aktiviteter oppstod på grunn av opplevelser av energiløshet (Kenah et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014). Mange respondenter sa at hvile er nødvendig for å bekjempe den slagrelaterte trettheten. Denne trettheten medførte lav motivasjon- og energireserve (Kenah et al., 2023).

En respondent sa om rehabiliteringsoppholdet: "There wasn't an awful lot of free time. Some days I'd have two sessions of physio, one of OT [occupational therapy] and one of gym. And by the end of that day, I was absolutely worn out. I'd probably be in bed by six o'clock" (Kenah et al., 2023).

4.2 Emosjonelle vansker

Studiedeltakerne opplevde at livet etter gjennomgått hjerneslag har tatt en uforventet og uønsket retning som gjorde at de følte seg mer sårbare. Utfordringer med opplevelsen av et forandret selv, kom frem som følelsesmessige belastninger. Følelser som sorg, tristhet og fortvilelse gikk igjen hos flere av respondentene (Eriksson et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023).

Følelser av sorg og fortvilelse var koblet med synkende mestringstro som disponerte for kontrolltap i håndtering av følelser. Det kom til uttrykk gjennom nedstemthet, impulsivitet og irritabel oppførsel som går utover viktige forhold som familie og venner (Taule & Råheim, 2014; Volz et al., 2016). En respondent fra en studie forklarte det slik: "After the stroke I have changed in that case resorting to impatient outbursts more often than before the stroke. I think I was a nicer person before, because I stir myself up easier and it is easy to say not actually ugly things, but words you should not have said" (Taule & Råheim, 2014).

Underliggende usikkerhet om å kunne stole på seg selv og egne ferdigheter medførte manglende selvtillit. Redusert selvtillit og svekket prestasjonsevne var knyttet til følelse av ubrukelighet hos respondentene. De opplevde å ikke leve opp til egne og andres forventninger. Det forsterket studiedeltakerne sin opplevelse av utilstrekkelighet. Spørsmålet om er jeg fremdeles god nok, var dominerende i kontakt med familie og venner (Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Stagg et al., 2023). Mange oppga at de var skuffet over at egen prestasjonsevne etter hjerneslaget ikke var som før. Den reduserte mestringskapasiteten har gått ut over selvtro og appellerte til svikt i mestringsfølelse (Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Volz et al., 2016).

Kombinasjonen av fallende mestringstro og redusert selvtillit skapte bekymringer hos slagrammede, både for nåtid og fremtid. Opplevelsen av å være etterlatt og å klare seg selv var vanskelig når de samtidig var usikker på om de skulle klare det. Dette kom fram som en generell usikkerhet i deres hverdagsmestring (Eriksson et al., 2023.; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Stagg et al., 2022; Volz et al., 2016).

De fleste studiedeltakerne erfarte en varierende livssituasjon som kunne endre seg fra dag til dag. Usikkerhet om rimelige forventninger om bedring sto i kontrast til begrensinger de møter i hverdagen som følge av slaget. Dette skapte uforutsigbarhet som opplevdes belastende og påvirket håpet deres om å bli bedre i fremtiden (Kenah et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014).

4.3 Tap av sosiale liv og betydning av nye sosiale nettverk

Sosial interaksjon var utfordrende for flere studierespondenter etter slaget. Flere respondenter sa at de har isolert seg fra andre og følte seg ensomme, noe som har påvirket det sosiale livet deres negativt. Dette skyldes en rekke årsaker som vi tidligere har nevnt. Det inkluderer utfordringer med å flytte seg rundt på egen hånd for å møte andre eller delta i fellesaktiviteter (Stagg et al., 2022; Volz et al., 2016; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023).

En respondent uttrykte seg: "I kept to the room; I didn't walk around much on my own. Actually, the greater part of my stay I was not allowed to walk on my own, I only went for walks when my husband came to visit...so I was pretty much restricted until he came in" (Kenah et al., 2023).

Opplevd sosial tilhørighet ble forandret for mange respondenter. Flere var over 60 år og hadde planlagt pensjonistliv. De hadde en sterk sosial tilkobling til lokalsamfunnet før slaget (Stagg et al., 2022; Erikson et al., 2023; Taule & Råheim, 2014). Mange respondenter opplevde sammenheng mellom deltakelse i samfunnet og følelse av frihet (Taule & Råheim, 2014), men slagrelaterte utfordringer har begrenset friheten deres og den sosiale tilhørigheten som de tidligere hadde. En respondent opplevde begrensning når han ikke lenger kunne kjøre for å møte venner (Erikson et al., 2023). En av respondentene i en studie (Stagg et al., 2022) uttrykte sin opplevelse slik: "I feed birds in the backyard, it's one of my little pleasures. I lose all of that. I lose my neighbours, who, if you fell over in the street, they'd help you home, make you a cup of tea. ...I love living here. I love it. This is my dream. It's a lovely community (emphasis)! It is idyllic (emphasis)! It is at risk."

Gjennom sosial interaksjon med andre pasienter, familie og ansatte bidro slagoverlevende også til å skape et nytt nettverk som økte respondentens velvære, motivasjon og mestring (Stagg et al., 2022; Solbakken et al., 2022; Volz et al., 2016; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023). En studie (Kenah et al., 2023) fant at flere slagoverlevde fikk økt engasjement og trivsel med andre under fellesaktiviteter, selv om de hadde mental og fysisk utmattelse. Det skapte mulighet for å møte andre for å dele opplevelser, knytte bånd og oppmuntre hverandre: "I just sat in the room and talked to the ladies, it was great. It was a real social sort of hub- we had people almost dropping in on our room just to have a chat type thing".

Mange respondenter sa at relasjon og tilknytning til familien var blitt sterkere siden slaget på grunn av at familien var deres viktigste kilder til sosial, emosjonell og praktisk støtte (Stagg et al., 2022; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023). Støtte fra familien hadde også en beskyttende effekt på utvikling av depresjon etter slag (Volz et al., 2016).

Den relasjonen som ble skapt mellom studierespondenter og helsepersonell var en del av det nye sosiale nettverket (Stagg et al., 2022; Solbakken et al., 2022; Erikson et al., 2023; Volz et al., 2016; Lou et al., 2016; Kenah et al., 2023). Flere opplevde og fortalte om viktigheten av å ha åpen dialog med helsepersonell som klarte å møte pasientens behov, spesielt de grunnleggende behov. Det fikk dem til å føle seg trygg, inkludert og anerkjent som person. Respondentene verdsatte tiden som ble brukt til å gi veiledning og råd om hvordan håndtere helsen deres, og samtidig at de fikk tilbakemeldinger på fremgang i rehabiliteringen (Stagg et al., 2022; Solbakken et al., 2022).

"I woke up one morning and I was in a bad place...but before I knew it [name], one of the very senior nurses, was sitting on the side of my bed holding my hand and she sat there and talked to me for about an hour about how I was feeling. And I was just overwhelmed by that caring attitude" (Kenah et al., 2023).

4.4 Endret liv

I flere studier beskrives det at respondentenes eksistensielle behov ble berørt av slag. Mange av studiene beskriver hvordan slagoverlevende må bygge opp en ny identitet etter slag. Studierepondentene snakket om hvordan slaget påvirket deres hverdag. Hovedområdet som ble berørt var evnen til å kunne komme tilbake til livet før slaget. Identiteten til pasienten ble berørt hovedsakelig gjennom begrensninger samt endringer i aktiviteter grunnet funksjonsnedsettelsen som følge av slag. Noen av deltakerne valgte å kutte ut sine sosiale kontakter dersom det var krevende å prestere på samme måte som de gjorde før hjerneslaget (Stagg et al., 2022; Erikson et al., 2023; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023).

Respondentene mente at fysisk aktivitet hadde en stor positiv innvirkning på både deres fysiske og mentale helse, og førte til bedre livskvalitet etter slag. Flere respondenter diskuterte hvordan deltakelse i nye meningsfulle aktiviteter som de klarer å delta i etter slag, hadde positiv innvirkning på deres helse og justeringen til den nye hverdagen etter slaget (Stagg et al., 2022; Solbakken et al., 2022; Erikson et al., 2023; Volz et al., 2016; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023).

Deltakelse i egen bedringsprosess var omtalt som en viktig del av rehabiliteringsoppholdet. Hovedsakelig gjennom rehabiliteringsaktiviteter og hvordan helsepersonell tilrettelagte for at pasienten fikk god effekt av rehabiliteringen gjennom deltakelse i utformingen av rehabiliteringsplan og god kommunikasjon mellom pleier og pasient (Stagg et al., 2022; Erikson et al., 2023; Volz et al., 2015; Lou et al., 2016; Kenah et al., 2023). At helsepersonell tar pasientens ønsker i betraktning og pasientinvolvering i egne behandlingsmål samt rehabiliteringsprosess var veldig viktig for at pasienten skulle få mest ut av rehabiliteringen (Volz et al., 2015; Kenah et al., 2023). Kroppsoppfattelse og evne til å gjennomføre aktiviteter utgjorde et grunnlag for slagrammede sin vurdering av egen helse (Taule & Råheim, 2014). I litteraturen var det også funnet at en sentral del av utviklingen av håpløshet hos slagoverlevende var oppfattelse av manglende framgang i egen rehabilitering. Dette hang sammen med en misoppfatning av egen evne og at slagrammede kunne komme tilbake til funksjonsnivået de hadde før slaget inntraff, som senere viste seg som ikke reelt (Volz et al., 2016; Lou et al., 2016).

I en studie (Solbakken et al., 2022) mente en respondent "First, you must define your problems, right? Then you must find a way to solve these issues. From there, you will see if you have succeeded or if you chose the right way to do it. The first word that I can think of is help. You get tons of help here. You can use the help to cope with your problems. The most important thing we do here, we play on the same team and have a positive attitude towards everything we do."

5 Diskusjon

I kapitlet 5 skal vi drøfte de sentrale funnene basert på funn fra forskningsartiklene, teoretiske perspektiver og relevant litteratur som kan hjelpe oss med å belyse problemstillingen vår:

"Hvordan opplever pasienter livet etter å ha overlevd hjerneslag?"

5.1 Påvirkning av hjerneslaget på fysiske utfall

Vår analyse viser til at de fleste studiedeltakerne opplevde at funksjonstap reduserte deres mestringskapasitet og førte til svikt i hverdagsmestring (Eriksson et al., 2023; Kenah et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Stagg et al., 2022). Flere slagoverlevende erfarte utfordringer i aktiviteter som de tidligere hadde tatt for gitt, som å bevege seg eller påkledning (Eriksson et al., 2023; Kenah et al., 2023; Taule & Råheim, 2014). Antonovsky (2012, s.50) forklarer at en stressfaktor representerer "krav med mangelfull automatisk respons" som enten styrker eller svekker opplevelser av sammenheng. I denne forbindelsen er funksjonstap identifisert som en stressfaktor som igangsetter bevegelser mot uhelse. Han vektlegger stressfaktorer som helsefremmende dersom spenningen kan løses på en tilfredsstillende måte. På den måten kan stressfaktorer skape mestringsressurser. I studiene (Eriksson et al., 2023; Taule & Råheim, 2014) ble det rapportert om at noen studiedeltakere opplevde sin hånd som et objekt, istedenfor en kroppsdel. Det bød på utfordringer i rehabiliteringsprosessen deres. Ut fra dette kan det anses at disse studiedeltakerne ikke opplever deres helsesituasjon som begripelig.

Forutsetninger for at slagoverlevende erfarer begripelighet viser til den dobbelte sykepleierkompetansen. Orvik (2022, s.19-29) forklarer at sykepleiere besitter faglig og organisatorisk kompetanse i forbindelse med systemene rundt helsetjenester. Kombinasjon av disse kompetansene bidrar til sykepleie av god kvalitet. I rehabiliteringen er organisatorisk kompetanse fokusert på at sykepleiere samordner tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper som for eksempel fysioterapeut. Den faglige kompetansen omfatter veiledning og læring. Pasient- og brukerrettighetsloven tilsier at mennesker med sammensatte behov for oppfølging av helse- og sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Det innebærer utarbeidelse av en plan tilpasset slagoverleverers behov. Sentralt i rehabiliteringen er også tverrfaglig samarbeid som involverer ulike profesjoner som inkluderes i jobben mot felles mål (Romsland et al., 2022, s.81). Sykepleierens rolle omfatter veiledning og læring som tar utgangspunkt i pasientens målsetninger og livsaspekter som den enkelte pasienten ønsker å mestre (Romsland et al., 2022, s.31, 137). Ved å fremme empowerment i rehabiliteringsprosessen skapes gode forutsetninger for veiledning. Dette oppnås gjennom å motivere slagoverlevende til å tilegne seg nye kunnskaper gjennom aktiv deltakelse i pleie. Hensikten er å fremme mestring av hverdagen gjennom styrking av pasienters selvtilit, ressursmobilisering og gjennom dette finne meningsfullhet i hverdagen (Romsland et al., 2022, s.137-138).

Våre funn viser at slagoverlevende opplevde energimangel og energiløshet. Det forårsaket brudd i aktiviteter og begrenset deltakelse i sosiale roller og samfunn (Kenah et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014). Denne mangelen på energi kalles fatigue (Romsland et al., 2022, s.108). Sykepleiere kan navigere slagrammede mot opplevelser av håndterbarhet i rehabiliteringen gjennom å støtte slagrammede og tilrettelegge aktiviteter basert på hva slagrammedes evne er. Her kreves godt tverrfaglig samarbeid med ergo/fysioterapeuten, og sykepleiere må ha kunnskap som koordinator for å ha oversikt over pasientens fremgang. Samtidig kan sykepleiere være en støttespiller som prøver å motivere pasienten til å styrke sine indre ressurser og forsøke å styrke pasientens følelse av håndterbarhet og meningsfullhet av aktivitet (Antonovsky, 2012, s.38-41). Sykepleier kan hjelpe slagrammede til å planlegge dagen sin for å bruke ressursene sine på best mulig måte. Eksempelvis kan sykepleiere hjelpe slagrammede å stille seg eller hjelpe med påkledning, slik at vi frigjør pasientens krefter til å være med i andre aktiviteter.

5.2 Psykiske konsekvenser etter slag

Våre funn viser at studierespondentene opplevde at livet etter slaget førte til følelsesmessige belastninger i form av økt sårbarhet (Erikson et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023). I studiene (Erikson et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014) snakket slagrammede om livet før og etter hjerneslag og fortalte at endringene etter slaget medførte sorg og skuffelse. Humørsvingningene slagrammede opplevde framstår forårsaket av vanskelige følelser og dårlig evne til å håndtere dem på grunn av begrensede emosjonelle ressurser. Disse opplevelser kan anses som motstandsunderskudd som bidrar til en svak OAS (Antonovsky, 2012, s.52-53). Sårbarhet kjennetegnes av opplevelser der individet har reduserende tro på å mestre utfordringer (Håkonsen, 2017, s. 254-257). Antonovsky (2000, s.24-27) poengterer å søke etter individets helhetlige historie, istedenfor å konsentrere seg kun på sykdom. Det er hensiktsmessig å ta stilling til hvilke faktorer bidrar til å bevare plassering i kontinuum eller å danne bevegelser mot positive retninger. Sykepleieres rolle er å tilrettelegge for utvikling av motstandsressurser gjennom etablering av trygghet og følelsesmessig velvære. De viktigste sykepleierintervensjonene omfatter aktiv lytting og tilstedeværelse. Løsninger som pasienten selv finner frem er oftest de beste løsningene. Dette kan være tidkrevende ettersom det krever refleksjon og forståelse for å sette ord på det man opplever som vanskelig (Håkonsen, 2017, s. 258). Økt sårbarhet forutsetter også at sykepleiere møter slagrammede på følelser "her og nå." Gjenspeiling av følelser omhandler at sykepleier hjelper pasienten å sette ord på følelser. Dermed viser sykepleier forståelse og empati for det som pasienten opplever (Heyn, 2022, s.22-24). Normalisering og akseptering av følelser omfatter at sykepleiere trykker pasienten på at det er lov til å føle, og følelser av tristhet og fortvilelse er normalt ved krisesituasjoner (Håkonsen, 2017, s.258).

Vår analyse indikerer at flere studiedeltakere opplevde at redusert selvtillit stod i veien for hverdagsmestring og viktige relasjoner. Manglende selvtillit var knyttet til svikt i mestringsfølelser (Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Stagg et al., 2023). Jo bedre mestringskompetanse individet har, jo sterkere blir selvtilliten ettersom dette tilrettelegger for en sterk OAS (Antonovsky, 2012, s. 48-49). I studiene (Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Stagg et al., 2023) lurte slagoverleverne på om de fremdeles er gode nok, og usikkerheten rundt dette har gått utover viktige forhold, som kontakt med familie og venner. Sykepleier hjelper slagrammede å gjenvinne selvtillit med å bistå slagoverleverne i overgangen og med å bistå i oppbyggingen av mestringskompetanse som skal hjelpe slagoverleverne gjennom endringene i livet som følge av slag. Motivering er da et av de viktigste tiltakene som sykepleiere kan benytte, ofte gjennom motiverende intervju (Hestvold, 2022, s.142). Motiverende intervju er en empatisk og motiverende kommunikasjonsmåte som styrker motivasjon og mestringstro (Tveiten, 2020, s. 142-144). Antonovsky (2012, s.41) påpeker at salutogenetiske komponenter er like viktige, men meningsfullhet veier tyngst dersom det er knyttet til motivasjon. Individet som er villig til å møte utfordringer og å finne mening i dem viser til at individet er motivert til å bearbeide utfordringer.

Våre funn viser at kombinasjon av synkende mestringstro og manglende selvtillit medførte usikkerhet i tilværelsen og framtidsplaner (Erikson et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Stagg et al., 2022; Volz et al., 2016). Antonovsky (2000, s.31-33) vektlegger å finne årsaker til negative faktorer som kan bidra til individets tilpasning til omgivelsene. Mange slagoverleverne opplevde usikkerhet når de er utskrevet fra rehabiliteringen. Opplevelser av å være utrygg på egne evner vanskeliggjør hverdagsmestring (Erikson et al., 2023; Taule & Råheim, 2014; Stagg et al., 2022; Volz et al., 2016). I etablering av opplevelser av sammenheng stryker sykepleiere slagrammede sine mestringsressurser. Håp er en viktig mestringsressurs. Etablering av håp bidrar til mobilisering av pasientens indre ressurser. Ved å ta utgangspunkt i pasientens verdier, ønsker og følelser jobber sykepleiere mot styrking av håp. I tillegg forebygger håp mot depresjon og stress (Hestvold, 2022, s.131-134). Motstandsdyktighet er en essensiell mestringsressurs. Det omhandler motstandskraft som oppstår ved belastninger der beskyttelsesfaktorer skaper motstand mot utfordringer. Beskyttelsesfaktorer kan være personlighet, intelligens, familiestøtte, sosiale relasjoner og fritidsaktiviteter. Motstandsdyktighet er varierende avhengig av livsopplevelser og etablering av nye ferdigheter (Borge, 2021, 296-300). Det er derfor viktig at sykepleiere støtter slagrammede i å opprettholde og vedlikeholde familiestøtte, venner og deltakelse i ønskede aktiviteter som vi skal presentere mer i kommende temaer.

5.3 Slagets påvirkning på sosial interaksjon

Våre funn viser at respondentene savnet sitt sosiale liv og var ensomme, men flere isolerte seg på grunn av slagrelaterte utfordringer, inkludert å bevege seg på egenhånd etter slaget (Stagg et al., 2022; Erikson et al., 2023; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023). Respondentene isolerte seg fra andre, følte seg ensom som førte til tap av kontakt med venner, kollegaer og følelse av å sitte alene med tankene sine (Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023). Slagrelaterte utfordringer som funksjonsnedsettelse og fatigue påvirker livskvaliteten og deltakelse i sosiale aktiviteter (Romsland, et al., 2022, s. 108-111). Det kan involvere spørsmål om selve meningen med livet. Å miste mening med livet kan gi en følelse at livet er u håndterbar og ubegripelig. Det fører til redusert mestringsevne og motivasjon til å finne ressurser, og man kan risikere å gi opp før man har funnet dem, ifølge Antonovsky (2012, s. 43). Ifølge Virginia Henderson er et av prinsippene i grunnleggende sykepleie å hjelpe mennesker, syke eller friske, til å ha kontakt og gi uttrykk for sine behov og følelser (Helgesen, 2021, s.490). Det er derfor nødvendig at sykepleiere tar grep, involverer seg i og samarbeider med slagrammede om disse sentrale temaene. Sykepleier skal motivere slagrammede til å delta og ta initiativ i sosiale sammenhenger, og skal sørge for å legge til rette for gruppeaktiviteter mens de er i rehabiliteringsenheten. Etter hjemreise kan sykepleiere samarbeide med kommunen for å legge til rette for støtte fra hjemmesykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut som kan tilby slagrammede hjemmebasert trening. Det bidrar til at de kan gjenopprette best mulig funksjonsnivå for å delta i sosiale aktiviteter. Sykepleiere i hjemmebasert omsorg kan bistå med å lage mat, påkledning eller gi bistand med dusj slik at slagrammede får mer tid og energi til å delta i sosiale aktiviteter (Romsland, et al., 2022, s.64-68).

Våre funn fra studiene viser at slagrelaterte begrensninger i slagoverleveres liv har ført til at de opplevde utfordringer med å delta i sosiale aktiviteter i samfunnet som de hadde nær tilhørighet til. Dette har forsterket følelsen av ensomhet og isolasjon (Stagg et al., 2022; Erikson et al., 2023; Taule & Råheim, 2014). Ifølge Antonovskys (2012, s. 45) salutogenetiske modell omfatter indre følelser å involvere seg i givende aktiviteter, eksistensielle tema og sosiale relasjoner. De områdene legger vekt på bedring etter skade eller sykdom. Dette er arenaer han kjennetegner som nødvendig å investere i for å øke mening med livet. Det kan gi en følelse av sammenheng i livet og at verden rundt oss er meningsfull. Dette gir også pasienten en forståelse av sin situasjon og en følelse av kontroll over livet som fører til mestring. For å styrke og utvide slagoverlevedes nettverk, både i nærmiljø, individuelt og på samfunnsnivå, er det viktig at sykepleiere også kan iverksette innovasjoner, strategier og metoder for dette. For sykepleiere er kunnskap og ulike tilnærminger som hjelper til å styrke empowerment, etablere nettverk og relasjoner, en vesentlig betydning (Gonzalez, 2021, s. 238). Sykepleiere skal legge til rette for omgivelsene både under og etter rehabilitering. Trygge omgivelser skaper muligheter der pasienten våger å bli utfordret for å kunne mestre rehabiliteringsmålene og møte andre (Romsland et al., 2022 s.195). Sykepleiere skal informere om muligheten for idrett og helsesport for funksjonshemmede (handikapidrett). Det bidrar til å styrke pasientens mestringsevner og gir meningsfulle sosiale aktiviteter (Helsedirektoratet, 2021).

Funnene har vist at sosial interaksjon med andre kan være en viktig kilde til sosial støtte, bedring og motivasjon for slagoverlevende. Respondentene fant glede og mening i å dele erfaringer og følelser gjennom sosial interaksjon med andre pasienter, familie og helsepersonell. Resultatene av våre funn viser også at respondentene vektlegger familiestøtte som viktige ressurser til mestring i hverdagslivet (Stagg et al., 2022; Solbakken et al., 2022; Volz et al., 2016; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023). Ifølge Antonovsky (2012, s.48-50) er mennesker med en sterk OAS og motstandsressurser bedre rustet til å mestre utfordringer og håndtere stress i livet. Dette er noe som kan utvikles gjennom erfaringer, opplevelser og sosial støtte. De fleste respondentene i studien har opplevd betydning av relasjon med helsepersonell som en viktig kilde til bedring, mestring og motivasjon (Stagg et al., 2022; Solbakken et al., 2022). Antonovsky (2012, s.50-52) sier også at indre og ytre ressurser er en del av motstandsressursene som spiller en viktig rolle i å bidra til individets evne til å finne mening, forståelse, håndtere belastninger og utfordringer i livet.

Mennesker har et grunnleggende behov for å bygge gode relasjoner som fremmer tilhørighet. Sårbarhet påvirker ofte negativt både på indre og ytre ressurser som pasienter har til å inngå i sosiale nettverk, kjenne på mestringsevne og empowerment. Helsepersonell er en del av den ytre ressursen til pasienten (Gonzalez, 2021, s. 235). Derfor er det viktig at sykepleiere skal ha helhetlig forståelse for pasientens totale livssituasjon, og at sykepleiere må jobbe systematisk for å støtte slagoverlevende som strever med manglende sosial kontakt gjennom relasjon og kunnskap (Helgesen, 2021, s. 490). Sykepleiere har fortsatt en viktig rolle i rehabiliteringsprosessen selv om slagrammede blir utskrevet (Romsland et al., 2022, s. 64). Derfor kan sykepleiere oppsøke kommunen med informasjon om hjelp som tilbys som for eksempel tverrfaglig ambulerende slagteam. Sykepleiere henviser og samarbeider tett med andre faggrupper, som ergoterapeut, fysioterapeut og sosionomer. Ergoterapeut og fysioterapeut tilrettelegger for hjemmebasert rehabilitering, mens sosionomene gir råd og veiledning til pasienter, inkludert hjelp med sosiale utfordringer (Helsedirektoratet, 2017).

5.4 Eksistensielle utfordringer etter hjerneslag

Slaget berørte de slagrammedes liv gjennom påvirkningen av eksistensielle behov. Påvirkningen av deres grunnleggende sosiale og eksistensielle behov kom fra påvirkningen av fysiske behov som følge av slaget. Våre funn viser at slagoverlevende opplevde usikkerhet og begrensninger på deres liv. Det var forårsaket av kroppslige endringer etter hjerneslaget, som påvirket deres identitet (Stagg et al., 2022; Erikson et al., 2023; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023). Antonovsky (2012, s. 48) sier at et sterkt selv er grunnlaget for en fast identitet og en sterk OAS, men store belastninger skaper hindringer i oppfyllelsen av dette. Det er på grunn av at belastninger skaper begrensninger og en svekkelse av pasientens indre ressurser. Endring av identitet som følge av svekket selv gir en svak OAS. Det er viktig for slagrammede å investere i aktiviteter som kan gi en økt meningsfullhet og som legger vekt på bedring etter sykdom eller skade. Dette kan bidra til å bygge opp en sterk OAS (Antonovsky, 2012, s. 45). Sykepleiere skal støtte slagrammede med endret identitet gjennom anerkjennelse, aktiv lytting og respektere deres følelser, kropp og den nye identiteten. Sykepleiere

jobber i tverrfaglige team og kan tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter og hjelpe med å finne mening i livet. Det kan bidra til å finne seg selv igjen og akseptere den nye identiteten (Solvoll, 2021, s.473-474).

Våre funn viser også at pasienten har god uttelling fra tilrettelegging for betydningsfulle aktiviteter. Vi fant at det bidro til hverdagsmestring, følelser av uavhengighet etter rehabiliteringsperioden og økt livskvalitet (Stagg et al., 2022; Solbakken et al., 2022; Erikson et al., 2023; Volz et al., 2016; Lou et al., 2016; Taule & Råheim, 2014; Kenah et al., 2023). Respondenter fant at meningsfulle aktiviteter hadde effekt på fysisk, psykisk og sosial tilhørighet som hadde positiv innvirkning på funksjonsnivå (Solbakken et al., 2022; Erikson et al., 2023; Volz et al., 2016; Kenah et al., 2023). Å involvere seg i meningsfulle aktiviteter legger vekt på bedring og gir en sterk OAS. Å ha mening i livet gir også opplevelsen av høy begripelighet og håndterbarhet, ifølge Antonovsky (2012, s. 45). Samarbeid mellom sykepleier og fysioterapeut kan bidra til effektiv rehabilitering ved å tilrettelegge for bedre ADL-funksjoner som bidrar til mestring av egenomsorg (Romsland et al., 2022, s.63). For mange pasienter er ikke målet å bli fullstendig rehabilitert, men redusere ettervirkningene av slaget. Dermed tilrettelegger sykepleiere for meningsfulle aktiviteter slik at slagoverlevende kan mestre livet med skadene som slaget har forårsaket. Det kan handle om å styrke pasientens ressurser til å bli mest mulig selvstendig. I en slik prosess må pasienten bli integrert aktivt og få mulighet til å delta aktivt i planleggingen som er knyttet til empowerment. Det bidrar til tilrettelegging av aktiviteter på en måte som gir best mulig uttelling for pasienten og følelser av uavhengighet (Mjøsund, 2021, s.32-33; Romsland et al., 2022 s.149-150).

Resultatene av våre funn viser at slagrammedes aktive deltakelse i egen pleie, og særlig på utforming av plan, hadde stor effekt på både motivasjon, mestringstro og progresjon i rehabiliteringen etter utskrivelse (Stagg et al., 2022; Erikson et al., 2023; Volz et al., 2015; Lou et al., 2016; Kenah et al., 2023). Ifølge Antonovsky (2012, s.39-44) er mestring og motivasjonsfaktor viktig for å finne mening i livet som gir opplevelsen av høy begripelighet og håndterbarhet, og en sterk OAS. Derfor er det viktig for sykepleiere å bidra til å styrke pasientens egen evne. Dette kan sykepleier gjøre gjennom tilrettelegging og bistand. Sykepleier kan benytte empowerment til å gjøre slagrammede klar over at de bestemmer hvordan behandlingsløpet deres skal utføres, som gir motivasjon i egen bedringsprosess (Romsland et al., 2022, s.99). For å gi pasienten best mulig innsikt og deltagelse i egen behandlingsprosess er det viktig at de blir godt informert på en måte som de forstår. En konstant dialog mellom sykepleiere og slagrammede er essensielt slik at de ikke føler at noen har bestemt for dem. Det kan medføre at pasienten blir avhengig av andre som vanskeliggjør å mestre hverdagen alene. Dette kommer fram i flere av pasientintervjuene og er identifisert som en viktig del av styrkingen av pasientens fysiske og mentale motstandsfaktorer (Erikson et al., 2023; Kenah et al., 2023).

5.5 Studiens styrker og svakheter

Stryke i litteraturstudiet kan anses at vi har brukt mest kvalitative undersøkelser og kombinert med en kvantitativ studie. Kvalitative studier tar utgangspunkt i

pasientperspektiv og får fram dybdeforståelse, mens kvantitative studier kan gi statistisk analyse og kvantifiserbare data, noe som gir et mer helhetlig bilde av pasientsituasjonen. Det har hjulpet oss til å besvare problemstillingen vår som fremhever pasientperspektiv og har gitt oss dypere forståelse for pasientens opplevelser av livet etter slag. Likheter mellom studiene har styrket konklusjonene vi har kommet frem til.

Svakheten i oppgaven er at vi har fokusert mest på eldre-voksne pasienter i bacheloroppgaven vår. Forskningsartiklene våre inkluderte pasienter i alderen over 44 til over 80 år gamle. Risikoen øker vesentlig med alder, så derfor har vi hatt hovedfokus på eldre-voksne pasienter, men ikke yngre pasienter i 40 eller 50 år. Det er en svakhet at oppgaven ikke skiller mellom deltakere som var i yrkesaktiv alder og pensjonister. Vi ser at dette kan påvirke resultatene. En annen svakhet ved oppgaven gjelder kommunikasjonsvansker. Vi forventet å finne eksempler siden språk er en av de større utfordringene etter slag. Deltakerne i studiene var valgt ut basert på kommunikasjonsevne som påvirker resultatet siden slagpasienter med afasi er underrepresentert. Vi tenker dette er viktig på grunn av at kommunikasjon har stor innvirkning på sosial interaksjon.

5.6 Konklusjon av oppgaven

Oppsummert kan vi si at konsekvenser av hjerneslag medfører svikt i mestringsevne som berører fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle aspekter. Dette hadde stor innvirkning på de slagrammedes livskvalitet og mange beskrev at de hadde problemer med å tilpasse seg den nye hverdagen etter slaget.

Vår analyse tok utgangspunkt i det salutogenetiske perspektivet og dermed kan vi konkludere at til tross for sykdom kan studiedeltakerne oppleve forbedret helse og velvære. Det er derfor hensiktsmessig at sykepleiere bistår pasienten i å bevege seg mot OAS i Antonovskys linje av kontinuum. Mestring av hverdagen kan oppnås gjennom opprettholdelse av motivasjon og mestringsressurser.

Sykepleiers funksjons- og ansvarsområder omfatter ivaretagelse av slagrammede sine grunnleggende- og psykososiale behov. Samtidig fremmer sykepleier i rehabilitering gjenvinning av det beste mulige aktivitetsnivået. Gjennom etablering av trygghet, håp og motivasjon bistår sykepleiere slagrammede i gjenvinning av følelsesmessig velvære. Ved å tilrettelegge for empowerment og deltakelse i aktiviteter og sosiale roller bidrar sykepleier til bedring av funksjonsnivå og sosiale aspekter. Samhandlingen mellom helsepersonell og slagoverlevende er viktig for tilpasning til en meningsfull hverdag etter slag.

Litteraturliste:

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. (1.utg.). Oslo:Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Antonovsky,A.(2000). *Helbredets mysterium*. København:Hans Forlag AS.
- Aveyard, H. (2023). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. (5.utg.). McGraw-Hill Education.
- Borge, A. I. H. (2021). *Resiliens og psykiske lidelser*. I Gonzalez, M.T. (red.). *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglig og flerfaglige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eiding, H. (2020). *Hjerneslag*. I Haugen, J.E. (red.). *Akuttmedisin utenfor sykehus*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Erikson, A., Ranner, M., Guidetti, S., & von Koch, L. (2023). *In search of self after stroke: a longitudinal qualitative study in the context of client-centred rehabilitation*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1), 2282513: [10.1080/17482631.2023.2282513](https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2282513)
- Evans, D. (2002). *Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data*. *Australian Journal of Advanced Nursing*: Hentet 13.04.2024. fra: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Gonzalez, M. T. (2021). *Ensomhet og sosial isolasjon*. I Gonzalez, M.T. *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helgesen, A. K. (2021). *Sosial kontakt*. I Kristoffersen, N.,J., Skaug, E-I., Steindal, S.A. & Grimsbø, H.G. (red.). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov og helse*. (4.utg.). (Bd. 2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsebiblioteket. (2017. 30. november). *Hjerneslag: Nasjonal faglig retningslinje*. I *Helsebibliotek*: Hentet 11.05.2024 fra:file:///C:/Users/Inayatullah%20Haidari/Downloads/Organisering%20av%20oppf%EF%BF%BDIging%20med%20tidlig%20st%EF%BF%BDttet%20Utskrivning%20(1).pdf
- Helsebiblioteket. (2021. 20. oktober). *Sektorrapport om folkehelse 2021: Sosial støtte og andre nettverksressurser*. I *Helsebiblioteket*: Hentet 12.05.2024 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sosial-stotte-deltakelse-og-medvirkning/sosial-stotte-og-andre-nettverksressurser>
- Hestvold, I.V. (2022). *Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske sykdommer*. I Heyn, L.G. *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*, (1.utg.). Oslo:Gyldendal Akademisk.
- Heyn, L.G.(2022). *Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter?* I Heyn, L.G. *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (1.utg.). Oslo:Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K.M.(2017). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg.). Oslo:Gyldendal Akademisk.
- Kenah, K., Tavener, M., Bernhardt, J., Spratt, N. J., & Janssen, H. (2023). *"Wasting time": a qualitative study of stroke survivors' experiences of*

- boredom in non-therapy time during inpatient rehabilitation. Disability and rehabilitation*, 1-9.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2023.2230131>
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E-I., Steindal, S.A. & Grimsbø, H.G. (2021). *Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste*. I Kristoffersen, N.J., Skaug, E-I., Steindal, S.A. & Grimsbø, H.G. (red.). *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon*. (4.utg.). (Bd.1).Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lou, S., Carstensen, K., Jørgensen, C. R., & Nielsen, C. P. (2016). *Stroke patients' and informal carers' experiences with life after stroke: an overview of qualitative systematic reviews. Disability and rehabilitation*, 39(3), 301-313: <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1140836>
- Mjøsund, N.H. (2021). *Psykisk helse- et salutogenetisk perspektiv*. I Gonzales, M.T. (red.). *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring*. (3.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Romslund, G.I., Dahl, G. & Slettebø, Å. (2022). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solbakken, L. M., Nordhaug, M., & Halvorsen, K. (2023). *Patients' experiences of involvement, motivation and coping with physiotherapists during subacute stroke rehabilitation—a qualitative study. European Journal of Physiotherapy*, 25(3), 154-161: [10.1080/21679169.2022.2032825](https://doi.org/10.1080/21679169.2022.2032825)
- Solvoll, B-A. (2021). *Identitet og egenverd*. I Kristoffersen, N.J., Skaug, E-A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G.H. (red.). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov og helse*. (4.utg.). (Bd.2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stagg, K., Douglas, J., & Iacono, T. (2022). *Living with stroke during the first year after onset: an instrumental case study exploring the processes that influence adjustment. Disability and rehabilitation*, 45(21), 3610-3619 :[10.1080/09638288.2022.2131005](https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2131005)
- Taule, T., & Råheim, M. (2014). *Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6–8 months after mild stroke. Disability and rehabilitation*, 36(25), 2107-2119: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2014.904448>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk -helsekompetanse og brukervedvirkning*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Volz, M., Möbus, J., Letsch, C., & Werheid, K. (2016). *The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke. Journal of affective disorders*, 206, 252-255: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27513631/>
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard- Olsen, T. G. (2021). *Sykepleie ved hjerneslag*. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie*. (5.utg.). (Bd. 2). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

[vedlegg 1.docx](#)

[Vedlegg 2.docx](#)

