



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 – Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.06.11

Kandidatnr.: 50

Antall ord: 8613

# Omsorg til pasienter i rehabiliteringen

Sammendrag:

Norsk

Bakgrunn: Hvert år rammes ca. 15 000 nordmenn av hjerneslag. Hjerneslag er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming i Norge. Det oppstår akutt og er vanskelig og utfordrende. Pasientene rammes både fysisk, psykisk og sosialt. Rehabilitering må starte snarest mulig.

Hensikt: tilegne meg kunnskap om hvordan en som sykepleier kan gi omsorg til slagpasienter under rehabiliteringen

Metode: Oppgaven er bygget på en tilnærmet systematisk litteraturstudie.

Funn: det som kom frem i studiene var at det var individuelt for pasientene hva som var god omsorg for dem i rehabiliteringen. Det som kommer frem er at kommunikasjon/relasjon, informasjon/undervisning, støtte/oppmuntring, håp og humor er ting som spiller inn på omsorgen. Det visser at omsorg er svært viktig for at pasientene skal bli motiverte til å komme i gang med og fortsette med rehabiliteringen.

Abstract:

English

Background: Each year about 15 000 Norwegians suffer from a stroke. Stroke is the commonest cause of severe disability in Norway. It occurs acutely and is difficult and challenging. Patients are affected physically, mentally and socially. Rehabilitation must start as soon as possible.

Purpose of the study: To acquire my knowledge of how a nurse can provide care to stroke patients during rehabilitation.

Method: The assignment is built on an approximate systematic study of literature.

Findings: what emerged in the studies was that it was individually for patients what good care was for them in rehabilitation. What comes out is that the communication / relationship, information / education, support / encouragement, hope and humor are the things that affect care. It shows that care is very important for patients so that they will be motivated to get started with and continue with rehabilitation.

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning .....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3	Begrunnelse for valg av problemstilling .....	2
1.4	Avgrensing og presisering av problemstilling .....	2
1.5	Oppgavens oppbygging.....	2
2.0	Begrepsmessig rammeverk .....	4
2.1	Kronisk sykdom .....	4
2.2	Hjerneslag/ apoplexia cerebri .....	5
2.2.1	Hva er hjerneslag?.....	5
2.2.2	Årsaker til slag .....	5
2.2.3	Symptom.....	6
2.3	Rehabilitering.....	6
2.4	Omsorg i et sykepleiefaglig perspektiv .....	7
2.5	Kommunikasjon og relasjon .....	8
2.6	Humor.....	9
2.7	Informasjon og undervisning .....	9
2.8	Støtte.....	10
2.9	Motivasjon og oppmuntring .....	11
2.10	Håp .....	11
3.0	Metode.....	13
3.1	Hva er metode .....	13
3.2	Liturstudie som metode .....	13
3.3	Metodens sterke og svake side .....	14
3.4	Litteratursøk og valg av litteratur .....	14
3.5	Kildekritikk .....	14
3.6	Etiske aspekter .....	15
3.7	Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur .....	15
3.8	Presentasjon av fagartikler .....	17
4.0	Drøfting og presentasjon av funn.....	18
4.1	Betydning av god kommunikasjon og relasjon .....	18
4.2	Bruk av humor .....	21

4.3	Å informere og undervise .....	22
4.4	Å støtte og oppmuntre .....	23
4.5	Å opprettholde håp .....	25
4.6	Å bidra til delaktighet hos pasienten .....	26
5.0	Avslutning .....	29
	Litteraturliste .....	I

## **1.0 Innledning.**

I Norge rammes omtrent 15 000 personer av hjerneslag hvert år (Wergeland, Ryen & Ødegård – Olsen, 2010). Det er hovedsakelig eldre og middelaldrende som rammes av hjerneslag. Hjerneslag ses på som en stor folkesykdom og er i Norge årsaken til over 15% av dødsfallene (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise 2009). Det er en dramatisk tilstand som kommer plutselig og forstyrrer hjernens funksjon med symptomer som varer i minst 24 timer. Pasienten blir rammet både fysisk, psykisk og sosialt (Indredavik, 2010).

Det å få et hjerneslag fører til en akutt og kritisk livsendring. Personer har etter hjerneslag varierende grad av aktivitets- og funksjonsnedsettelse, som krever rehabilitering og medisinsk behandling. Hvor god nytte en har av rehabiliteringen varierer fra person til person. Virkningen og nytten en har av rehabiliteringen kommer an på hvor raskt en kommer i gang med den etter slaget. Hvordan livet utvikler seg videre etter et hjerneslag avhenger mye av rehabiliteringen og den akutte behandlingen (Stein, Silver og Frates, 2006).

### **1.1 Begrunnelse for valg av tema**

Jeg har valgt hjerneslag som tema. Dette har jeg gjort ut fra at jeg har hatt praksis på slagposten på sykehuset og har i ettertid jobbet der. Jeg trivdes veldig godt der og likte å jobbe med slagpasientene i akutfasen. Jeg ønsker at ved å skrive denne oppgaven vil jeg få mer kunnskap om slag, rehabilitering og livsmot. Målet mitt er at jeg kan bruke det jeg lærer under oppgave skrivingen, når jeg er i kontakt med pasienter som er rammet av hjerneslag. Jeg har valgt å legge vekt på tema omsorg og rehabilitering i problemstillingen min. Dette fordi det er svært viktig for hvordan komplikasjonene og skadene etter et hjerneslag utvikler seg. Det er svært viktig at en kommer snart i gang med gjenopptrening, men dersom en har dårlig livsmot og er deprimerte etter slaget kan dette være svært vanskelig. Derfor er det svært viktig at en som sykepleier gir pasientene og de pårørende god omsorg og håp. Jeg har både sett og erfart at pasientene mister livsmotet etter hjerneslag. Dermed ønsker jeg å få kunnskap, slik at jeg som sykepleier kan gi pasientene den omsorgen de trenger, for å bli motivert til rehabilitering.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Hvordan kan sykepleier gi best mulig omsorg til slagpasienten i rehabiliteringen?

## **1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling**

Det å rammes av hjerneslag er noe som kan gi alvorlige funksjonshemninger hos pasienten. Dette kan føre til en tapsopplevelse som rammer en hardt psykisk. Dermed vil pasienten trenge mye omsorg for å komme seg gjennom den tøffe rehabiliteringen. Med god rehabilitering kan pasienter gjenvinne tapte funksjoner og få et tilnærmet normalt liv igjen.

Sykepleier spiller en viktig rolle i rehabiliteringsprosessen. En har mulighet til å observere og følge opp pasienten gjennom hele prosessen.

## **1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling**

Oftest er det den fysiske treningen en fokuserer på etter et hjerneslag. Samtidig er det viktig at en husker på at det å få et hjerneslag også er psykisk tungt. Pasientene trenger mye omsorg for å komme seg igjennom den fysiske treningen. Derfor ønsker jeg i denne oppgaven å fokusere på hvordan sykepleiere kan gi best mulig omsorg, slik at pasienten får utbytte av rehabiliteringen.

Det er flest eldre som rammes av hjerneslag, derfor har jeg valgt å fokusere på pasienter som er 65 år og eldre av begge kjønn. Jeg begrenser meg til omsorg og rehabilitering av pasienter med akutt hjerneslag på en slagenhet på sykehus.

## **1.5 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven starter med en innledning med bakgrunn for valg av tema. Presentasjon av problemstillingen og begrunnelse for valg av problemstilling. Videre presenterer jeg det begrepsmessige rammeverket. Der jeg presenterer relevante begrep ved hjelp av faglitteratur og pensumbøker. I metodedelen skriver jeg hva metode og litteraturstudie er, kildekritikk og etiske aspekter. Sterke og svake sider ved metode. Kort presentasjon fra forsknings- og faglitteraturen jeg skal bruke i oppgaven. Deretter vil jeg drøfte problemstillingen ut fra funn jeg har funnet i forskningsartiklene

og faglitteraturen. Tilslutt skriver jeg en kort avslutning der jeg besvarer hva jeg har kommet frem til i forhold til problemstillingen min.



## 2.0 Begrepsmessig rammeverk

### 2.1 Kronisk sykdom

*”Kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt.”*

*(Gjengedal og Hanestad, 2007, s. 13).*

Denne definisjonen av kronisk sykdom har et fokus på hva kronisk sykdom innebærer for både personen selv, pårørende og samfunnet. Denne definisjonen fokuserer ikke på det medisinske men på menneske i samspill med omgivelsene (Fjørtoft 2006).

*“Alle avvik fra det normale som har en eller flere av følgende karakteristika: er permanente, medfører varig funksjonshemning, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie”*

*I følge Strauss (sitert i Gjengedal og Hanestad, 2007, s.11).*

Denne definisjonen derimot forutsetter at det foreligger klar patofysiologi. Dermed stemmer den ikke helt ettersom det ikke er klare fysiologiske endringer ved alle kroniske sykdommer (Gjengedal og Hanestad, 2007).

Gjengedal og Hanestad (2007) skriver at ved kroniske sykdommer skjer det endringer i livet, ikke bare for den som blir syk men også for venner og familie. Sykdommen endrer hverdagen til de som er rammet, hele livsutfoldelsen får nye konsekvenser. Fjørtoft (2006) skriver at kronisk syke kan oppleve mange forskjellige former for tap av fysiske funksjoner, sosiale roller og relasjoner, tap av selvfølelse, tap av sikkerhet og kontroll, tap av uavhengighet og tap av økonomisk kontroll. Kronisk syke er i følge både Gjengedal og Hanestad (2007) og Fjørtoft (2006) den største pasientgruppen i helsevesenet.

## **2.2 Hjerneslag/ apoplexia cerebri**

### **2.2.1 Hva er hjerneslag?**

Hjerneslag er et fellesnavn på to ulike sykdommer i hjernen, hjerneblødning (10-15%) og blodpropp/hjerneinfarkt (85-90%). En blodpropp vil si at en blodpropp blokkerer en blodåre. Den vanligst årsaken er trombose, da har blodproppen oppstått i en aterosklerotisk arterie. Det kan også skyldes en embolus, dette er en blodpropp som dannes et annet sted i kroppen, for så å følge blodstrømmen opp i hjernen.

Hjerneblødning kan være intracerebrale blødninger (i hjernen) eller subaracnoidale blødninger (i hjernehinnen) innebærer at en av hjernens blodårer brister (Jacobsen et al., 2009).

Hjernen er avhengig av kontinuerlig tilførsel av oksygen og glukose. Dersom det er et problem med blodtilførselen, oppstår hjerneslag (Stein et al., 2006). Ved hjerneslag mister hjernen oksygen tilførselen, dette fører til at celler i hjernen blir skadet eller dør. Dersom en kommer til behandling innen minutter eller få timer, kan cellen reddes. Dette fordi cellene i første omgang blir "svimeslått" og dør først etter flere timer uten oksygen tilførsel (Wergeland et al., 2010).

### **2.2.2 Årsaker til slag**

Årsaken til hjerneslag er som regel sykdom i hjernen eller halsens arterier (Jacobsen et al., 2009). Wergeland et.al (2010) skriver at aterosklerotiske forandringer i hjernens arterie, diabetes, hypertensjon og hjertesykdommer er disponerende faktorer for hjerneslag. andre årsaker som kan være disponerende er røyking, overvekt, liten aktivitet, kolesterol og alkohol

Vanligvis rammer et slag bare deler av hjernen, men dersom skaden er omfattende eller oppstår i et spesielt kritisk område, kan det være dødelig. Hvordan et slag oppstår, definerer om det er et hjerneinfarkt eller en hjerneblødning (Stein et al., 2006).

### **2.2.3 Symptom**

Ved hjerneslag kommer symptomene som regel meget raskt. Hvilke symptomer en får kommer an på skadens omfang og lokalisering (Jacobsen et al., 2009). Det er forskjellige symptomer etter om det er hjernebarken, hjernens dypere struktur, lillehjernen eller hjernestammen som rammes (Wergeland et al., 2010). De nevrologiske symptomene og tegnene skyldes skade i sentralnervesystemet, og skyldes iskemi (manglende blodgjennomstrømning) (Jacobsen et al., 2009).

Vanlige symptomer ved hjerneslag er halvsidig lammelse, språkforstyrrelser (afasi og dysfasi), synsforstyrrelser, uttalt slapphet, nedsatt hukommelse og nevropsykologiske problemer (Jacobsen et al., 2009).

## **2.3 Rehabilitering**

I Forskrift om habilitering og rehabilitering av 2001

### **§ 2. Definisjon av habilitering og rehabilitering**

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

I følge denne definisjonen av rehabilitering må flere faggrupper samarbeide, men brukeren er i sentrum og må gjøre en egen innsats, mens fagpersonene yter bistand.

Vanligvis starter rehabiliteringsprosessen ved at en erkjenner muligheten for og ønsket om endringer i funksjonsnivået. Den følelsesmessige siden av denne erkjennelsen kan være en tapsopplevelse, eller frustrasjon knyttet til begrensninger av personlig handle frihet (Conradi & Hendriksen, 2004).

I følge Wergeland et al. (2010) er målet med rehabilitering at pasientene skal få bedre funksjonsevne, gjenvinne tapte funksjoner. Forholdene skal legges til rette for et godt liv, eventuelt må en tilpasse seg en ny situasjon.

Kirkevold (2008) skriver at rehabilitering etter hjerneslag er krevende og tar lang tid. I følge Kirkevold (2001) skjer det fremgang i rehabiliteringen etter hjerneslag i

perioder. I starten gjøre en raskt stor fremgang, men etter hvert tar ting lenger og lenger tid og en gjør mindre fremgang.

## **2.4 Omsorg i et sykepleiefaglig perspektiv**

Omsorg er et dagligdags ord, som forbindes med å hjelpe og ta hånd om (Martinsen, 2003). Det dreier seg om å ta vare på andre og vise at en bryr seg (Lillestø, 2010). Omsorg handler om relasjoner mellom mennesker. Det handler om hvordan en forholder seg til hverandre i dagliglivet. Viktige uttrykk innen omsorg er "å bekymre seg for", "ta hensyn til", "ta hånd om" og "å hjelpe" (Kristoffersen 2005). Martinsen (2003) skriver at omsorg handler om nestekjærlighet. De å gjøre mot andre som vi vil at de skal gjøre mot oss. Hun skriver at det er følelsen av å stå andre nær og bryte egosentrismen, evnen til å se ting fra andres synsvinkler.

Omsorg er ikke det samme som sykepleie, men hvordan en utfører sykepleie (Austgard, 2007). Kari Martinsen fremhever tre dimensjoner ved omsorg. Hun hevder at omsorg har en relasjonell, en praktisk og en moralsk side.

Med relasjonell omsorg menes det at mennesker er avhengig av fellesskap med andre. En har behov for å ha sosial samvær for å overleve og utvikle seg (Gjengedal, 2000). Relasjonell omsorg handler om at personer viser omtanke for andre og hjelper (Lillestø, 2010). Mennesker har ansvar for å ta vare på hverandre, en skal ikke kontrollere og beherske hverandre (Gjengedal, 2000).

Praktisk omsorg, illustrerer Kari Martinsen ved å ta utgangspunkt i lignelsen om den barmhjertige samaritan, hentet fra bibelen. Hun mener at lignelsen viser to ting. For det første at en deltar praktisk i andres lidelse. For det andre viser den at hjelpen gis betingelsesløst, uten at hjelperen forventer noe tilbake (Martinsen, 2003). Omsorg handler om å vise forståelse for situasjonen en annen person er i. Samtidig som en utfører handlinger som er til det beste for vedkommende. En handler uselvisk (Lillestø, 2010).

Moralsk omsorg handler om kvaliteten i relasjonen og hvordan en utfører handlinger (Martinsen, 2003). Når en gir moralsk omsorg, handler en uavhengig av egne

følelser. En handler ut fra hvilken omsorg vedkommende har behov for. (Lillestø, 2010). En handler ut fra prinsippet om ansvar for de svake (Martinsen, 2003).

Når en gir god omsorg setter en pasienten i fokus og gir de individuell pasientfokuset omsorg, der en er opptatt av pasientens behov skriver Kvåle (2006). Når pasientene får god omsorg føler de seg vell og får økt styrke og mot. Det er svært viktig at en som helsepersonell viser profesjonalitet ved å hjelpe, forteller og forklarer. En må da være ærlige, ta hensyn, vise at en er tilstede, bryr seg og har humor (Martinsen, 2003).

## ***2.5 Kommunikasjon og relasjon***

Kommunikasjon brukes i følge Travelbee (1999) av sykepleieren til å informere og motivere den syke. Når en kommuniserer er en i kontakt med et annet menneske på en eller annen måte. I følge Eide og Eide (2007) innebærer kommunikasjon at en forstår, viser empati og samarbeider med andre mennesker. Når en kommuniserer får en frem meldinger, ideer. Begrepet "relasjon" brukes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Relasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier er avgjørende for behandlingsresultatet. Dette fordi evnen til å lytte, forstå, skape kontakt og allianse er viktig for å kunne motivere.

Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleier i stand til å etablere menneske til menneske forhold. Det å kommunisere betyr at en utveksler tegn og gjør noe felles. Kommunikasjon inneholder både fysisk og mental aktivitet. For å kommunisere må det være en sender, en mottaker og et budskap. En kan kommunisere på flere måter, verbalt ved hjelp av ord både skriftlig og muntlig eller en kan kommunisere nonverbalt, uten bruk av ord. Eide og Eide (2007) skriver at en kommuniserer hele tiden nonverbalt ved bruk av kroppsspråk, ved bruk av nonverbal kommunikasjon kan en tolke hva en tror personen uttrykker, men en kan ikke alltid vite med sikkerhet hva de uttrykker. Ulike mennesker kan tolke forskjellige signaler ulikt.

Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon baseres på yrkets verdigrunnlag. I de norske yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal

være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Eide & Eide, 2007).

## **2.6 Humor**

Bruk av humor kan være en måte å forholde seg til vanskelige følelsesmessige situasjoner. Humor kan brukes både i forhold til kollegaer og pasienter. Humor er et godt redskap til å lette på spenningen i forskjellige situasjoner. Det kan også lette kommunikasjonen mellom folk.

Det å undertrykke og skjule egne følelser og reaksjoner i en travel hverdag, er noe en ofte må gjøre for å unngå å bli utbrent. Da kan humor være en god støtte spiller. Humor kan altså brukes som en mestringsstrategi. Humor kan være fysisk befriende der den bidrar til å lette på trykket av vanskelige følelser. Samtidig som det bringer en nærere det som er vanskelig.

Det er viktig å huske på at det å ty til humor er ikke rett i alle situasjoner. I noen tilfeller kan humor oppleves som krenkende. En må bruke former og anledninger for humor som ikke støter andre. I noen former for humor kan det oppfattes skjult negativ budskap. I tilfeller der humor overdrives kan den skape kunstig munterhet og virke fremmedgjørende. Med andre ord er det svært viktig at en ser an person og situasjon før en tar i bruk humor. God kommunikasjon og bruk av humor er viktige elementer i det å gi god omsorg (Eide og Eide 2004).

## **2.7 Informasjon og undervisning**

Molven (2009) skriver at sykepleier ofte må legge til rette for åpen og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier for å sikre pasient medvirkning og informasjon. Informasjon er ofte viktig for pasienten fordi de mangler kunnskap om sykdom, utredning, behandling og pleie. Spesielt når en er inneliggende på sykehus der det er mye er nytt og uvant er informasjon viktig.

En viktig sykepleier oppgave er å hjelpe pasienten med å forstå den situasjonen de er havnet i. Denne prosessen krever saklig informasjon. Informasjonen som blir gitt i

den akutte fasen og tidlig i rehabiliteringsfasen, vil pasientene kun ha moderat effekt av. De er ikke i stand til å forstå hva som egentlig sies før de kan knytte det til egne erfaringer. Derfor er pasientundervisningen og informasjon utover den akutte fasen svært viktig for å støtte pasienten i hans eller hennes mestrings- og tilpasningsprosess (Kirkevold, 2008).

Jeg viser her til pasientrettighetsloven (1999).

#### § 3-2. *Pasientens rett til informasjon*

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

#### § 3-3. *Informasjon til pasientens nærmeste pårørende*

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

#### § 3-5. *Informasjonens form*

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

## **2.8 Støtte**

I følge Brataas (2003) kan støtte fra andre mennesker være en ressurs når en opplever situasjoner som er psykisk krevende og belastende. Støtte fra omgivelsene motiverer en til å mestre stress. Støtte kan også være med på å gi pasienten mer mot og bedre kunnskaper om hvordan å håndtere situasjoner. Pasienter kan også tenke og handle mer selvstendig, som igjen kan føre til bedre fungering og opplevelse av økt livskvalitet. En form for støtte er å gi informasjon.

I følge Wergeland et al. (2010) er sykepleieren sin støttende funksjon:

- Å skape tillit og trygghet
- Å opprettholde håp for å forebygge depresjon

- Å avpasse aktivitetene og øke utfordringene gradvis, slik at pasienten opplever mestring
- Å gi konstruktiv ros og oppmuntring
- Å støtte og ledsage pasienten og pårørende gjennom den normale krisereaksjonen
- Å bidra til å styrke pasientens selvbilde, verdighet og integritet
- Å hjelpe og motivere pasienten til å opprettholde sitt sosiale nettverk

## **2.9 Motivasjon og oppmuntring**

Motivasjon kan defineres som det som forårsaker aktivitet hos individer, holder aktiviteten ved like og gir mål og mening. En kan skille mellom indre og ytre motivasjon. Dersom en gjør en aktivitet som følge av egen interesse, er det snakk om indre motivasjon. Ved ytre motivasjon gjør pasienten en handling for å oppnå et mål eller en belønning (Indredavik, 2010). Motiverende samtaler kan bedre helsen og velværet til pasienten på både kort og lengre sikt (Kirkevold, 2008). Eide og Eide (2007) skriver at med oppmuntring menes det at en oppfordrer andre til å fortsette.

## **2.10 Håp**

I følge Travelbee (1999) blir håp sett på som en motiverende faktor i menneskelig atferd. Lohne (2005) skriver at begrepet håp har et positivt innhold og fokuserer på fremtid. Det å hjelpe pasientene med å oppleve velvære og trygghet, til tross for sykdom og helsesvikt. Travelbee (1999) skriver at håp kan ikke eksistere uten et grunnlag. Hun påpeker at håp må utgå fra en mening og er sterkt relatert til avhengighet av andre. I følge Lohne (2005) tar funksjonen til sykepleiere sikte på å hjelpe pasientene til å utvikle nye kunnskaper, holdninger og ferdigheter. Slik at de finner mening i den endrede livssituasjonen og på den måten kan få håp

Rustøen (2001) påpeker at det er en sammenheng mellom håp og overlevelse. Lohne (2005) skriver at håp selve drivkraften i sykepleie faget, det skaper helende prosesser i pasientene, fordi en ved å håpe aktiverer styrke og mot til å ha tillit til seg selv og andre. I følge Rustøen (2001) gjør håp at en lettere mestrer vanskelige situasjoner og hendelser i livet. Dermed kan det kobles til mestring av kroniske sykdommer. Håp kan gi styrke til å mestre mellom annet tap, tragedier, mangler, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse. Lohne (2005) siterer i et avsnitt Lynch.



Der står det at hvis en ikke hadde hatt håp, ville en ikke klart å utføre enkle ting som å puste, spise eller drikke. Det er på grunn av håpet at vi lever og puster. I følge Travelbee (1999) er håp den viktigste faktoren, det gjør et menneske i stand til å bære byrdene av sykdom og lidelse.

Ved fravær av håp, opplever en håpløshet, da har en negative forventninger. Håpløshet fokuserer på at en har begrensninger og er hjelpeløs, dette kan føre til at en gir opp. Når en opplever håpløshet, føler en at en ikke har noe å se frem til. En har negative forventninger. For eksempel forventer en ikke at en noen gang skal bli frisk (Lohne, 2005). Travelbee (1999) skriver at følelsen av håpløshet er ikke noe en er født med. Hun påpeker at dersom en føler håpløshet, må en i løpet av livet ha opplevd å ha håp og deretter å miste det. Dersom en er uten håp og opplever håpløshet, forsøker en ikke å mestre vanskeligheter eller å løse problemer.

## **3.0 Metode**

### **3.1 Hva er metode**

”Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”

(sitert fra Dalland, 2007, s.81).

Kvalitativ forskning tar sikte på å fange opp meninger og opplysninger som ikke kan talfestes (Dalland, 2007). Ved kvalitativ forskning bygger resultatene på et lite antall individer og et stort antall variabler (Olsson og Sörensen, 2003).

Kvantitativ forskning tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter. Slik at en kan regne ut prosent og gjennomsnitt (Dalland, 2007). Resultatene bygger på et stort antall individer og et begrenset antall variabler (Olsson og Sörensen, 2003).

### **3.2 Litteraturstudie som metode**

Når en skriver hovedoppgave, er det vanlig å bruke litteraturstudie som metode. Litteraturstudier skal bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger, innsamlingsmetode osv. Litteraturen en bruker er informasjonskilde. For å få frem resultatet er det greit å bruke litteraturdata fra vitenskapelige artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter. Når resultatet skal drøftes setter man innsamlingslitteraturen opp mot faglitteraturen (Olsson og Sörensen, 2003).

Forsberg og Wengström (2008) skriver at en litteraturstudie er et sammendrag av allerede eksisterende litteratur. Det innebærer at en gjør systematiske søk, kritisk granskning og setter sammen litteraturen innenfor valgt emne. Når en skriver litteraturstudie må en i følge Olsson og Sörensen (2003) være kritisk, selvstendig og reflekterende for at en skal utvikle ny og pålitelig kunnskap. Ikke bare tidligere forskning må vurderes kritisk, også ens egen undersøkelse og det en skriver.

### **3.3 Metodens sterke og svake side**

En fordel med litteraturstudie er at en kan informere leseren ved å henvise til hvilke kilder en har brukt, og hvilke kriterier en har hatt (Dalland, 2007). Den gir mye informasjon på kort tid, der en får god innsikt i temaet. I tillegg er det lett å finne kildene igjen (Forsberg og Wengström, 2008). En svakhet ved litteraturstudie er at en sjeldent får tak i førstehåndskilder. Dermed må en stole på andres data. Når det er sekundær litteratur kan det være "gammel" viten, bearbeidet og fortolket av andre eller oversatt fra andre språk (Dalland, 2007). Det kan også være avgrensede mengder med relevant forskning, og ulike resultat i de forskningene en finner (Forsberg og Wengström, 2008).

### **3.4 Litteratursøk og valg av litteratur**

Når jeg skulle begynne på denne litteraturstudien, begynte jeg med å undersøke hva jeg kunne finne av faglitteratur i pensum som kunne belyse min problemstilling. Slo opp i referanselistene til pensumbøkene og fant en del aktuell litteratur på den måten. I tillegg benyttet jeg BIBSYS for å finne relevant faglitteratur. Når jeg skulle finne aktuell forskningslitteratur gikk jeg inn via høgskolen sine biblioteks nettsider og søkte i ulike databaser som Vård i Norden, Svemed+, Cinahl og Ovid. Jeg brukte søkeord som: stroke/slag, rehabilitering/rehabilitation, omsorg/care, sykepleier/nurse. Når jeg søkte på engelsk fikk jeg flere resultater enn når jeg søkte på norsk.

### **3.5 Kildekritikk**

Ved kildekritikk vurderer og karakteriserer en den litteraturen som er benyttet i studien. Kildekritikk er metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Ved å være kildekritisk skiller en mellom verifiserte opplysninger og spekulasjoner. Hensikten er at leseren skal få ta del i de refleksjonene en har gjort seg om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har. En må hele tiden sette litteraturen opp mot hva det er en prøver å finne svar på. Det er da viktig å gjøre rede for tilgangen, om det var enkelt eller vanskelig å finne litteraturen. Kildekritikken skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven (Dalland, 2008).

Jeg har funnet en del litteratur og har prøvd å være kritisk og sette den opp mot problemstillingen min for å se hva som var mest relevant. Jeg har prøvd å forholde

meg til nyest mulig litteratur og forskning. Helst ikke over ti år gammel. Det gjorde jeg for at litteraturen skulle være mest mulig oppdatert.

### **3.6 Etiske aspekter**

I en litteraturstudie er det viktig å velge studier som har fått godkjenning av etisk komité og å gjøre rede for alle artiklene som er med i studien. Det er uetisk å bare presentere de artiklene som støtter forskeren sitt syn (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Det er også viktig at en ikke endrer teksten til noe annet enn hva forfatteren fremstiller, en skal ivareta forfatteren sitt arbeid (Dalland, 2007).

Når en skriver en litteraturstudie synes jeg det er viktig at en referer slik at en ikke stjeler andres arbeid. Derfor er det viktig at en referer skikkelig til de kildene en bruker. Jeg har presentert alle artiklene jeg har brukt og fått frem hensiktene og resultatene i disse studiene. I tillegg har jeg drøfter dem opp mot hverandre og annen litteratur.

### **3.7 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur**

Engman, M. og Lundgren, S. M. (2009): "Vad Innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke?". Dette er en kvalitativ forskningsartikkel. Hensikten med artikkelen er å få kunnskap om hvilken betydning rehabiliteringen og sykepleiernes omsorg har for slagrammede pasienter. Resultatet som kom frem i studien var mellom annet at forbedringer gav tro og håp. Fysisk trening var det de så på som den beste rehabiliteringen. De opplevde sykepleierne som snille og hjelpsomme ressurser, men syntes de ofte var diffuse og usynlige. De ønsket mer personlig dialog med sykepleierne.

Kirkevold, M. (1997): "The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: Toward a unified theoretical perspective". Hensikten med studien var å finne spesifikke sykepleieroller i forbindelse med slagpasienter. Funnene viste fire terapeutiske sykepleiefunksjoner; Sykepleiens fortolkende, trøstende, bevarende, og integrerende funksjon.

Kvåle, K. (2006): "Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det". Dette er en kvalitativ forskningsartikkel. Hensikten med artikkelen er å belyse hva en som

sykepleier, kan gjøre for at pasientene skal oppleve god omsorg. Resultatet i artikkelen var at pasientene ønsket å bli kjent med sykepleierne som medmennesker. Det er ikke de tidkrevende, vanskelige og alvorlige samtalerne pasientene forventer og trenger mest. Samtaler der sykepleierne stopper opp og bryr seg om pasienten, som medmennesker og enkeltindivider var viktigst for pasientene. Samtaler som kunne ta tankene deres vekk fra hva de selv gjennomgikk. Det at en som sykepleier vet når en skal bruke humor og når en skal være alvorlig er svært viktig.

Lynch, Butt, Heinemann, Victorson, Nowinski, Perez og Cella (2008), "A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships". Hensikten er å finne ut hvordan hjerneslag, langsiktig påvirker livskvaliteten. Resultatet i artikkelen viser at pasienter med hjerneslag får endrede sosiale relasjoner. Viktige temaer for pasientene er: sosial støtte, mestringsstrategier, kommunikasjon, fysisk funksjon og uavhengighet. Det kom også frem at rolleendringer hos de slagrammede påvirker samhold og forhold. Mange pårørende påpekte at det at den slagrammede ofte hadde lite å bruke tiden sin på, førte til depresjon.

Rejnö, Å. & Post, I. (2007), "Att vårdas på en kombinerad akut och rehabiliterande strokeenhet – patienters upplevelser från vårtiden". Studien er en kvalitativ forskningsartikkel. Hensikten med studien er å studere pasienters opplevelse av å være i en kombinert akutt og rehabiliterende slagenhet. Resultatet som kom frem i artikkelen var at pasientene følte trygghet, sykepleierne var gudommelig snille. De fikk utmerket rehabiliteringsmuligheter og fikk dele erfaringer med andre slagpasienter.

Tingvoll, W. A. (2002): "slagenhetens rolle i helhetlig rehabilitering". Denne artikkelen er en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Hensikten med artikkelen er å fokusere på hvor viktig slagenheten er for kvaliteten av rehabiliteringen. Både for den akutte behandlingen innenfor sykehuset, og den videre behandlingen i ettertid. I resultatet ble det understreket at både pasienter og pårørende manglet informasjon fra sykehuset. Pasientene følte ikke at de fikk være med å planlegge deres livssituasjon etter hjerneslaget. Pårørende følte seg oversett. Manglende kommunikasjon mellom sykepleierne og det tverrfaglige arbeidet fungerte ikke bra.

### **3.8 Presentasjon av fagartikler**

Nortvedt L. (2006): "Rehabilitering med respekt". Hensikten med artikkelen var å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til at hodeskadepasienter som er innlagt til et rehabiliteringsopphold får en opplevelse av verdighet. Resultatet viste at ved å sørge for daglig makt hos pasient, ansvar for eget liv, anerkjennelse og mestring, informasjon, samtale og estetikk, vil pasienten kunne føle verdighet.

Olesen J. (2010): "Målsætnings- og motivationsarbejde indenfor rehabilitering – spesielt med fokus på apopleksi" Hensikten med artikkelen var å illustrere og analysere målsetnings- og motivasjonsbegrepene, med særlig fokus på slag og hjerneskade. Funnene viste at motivasjon er en relasjonell følelsesprosess som kan påvirkes innenfra så vel som utenfra. Motivasjon til rehabilitering er både pasient og behandlerens ansvar. Målet er at pasienten skal gå fra å være passiv, til å bli aktiv deltaker i rehabiliteringsprosessen.

## **4.0 Drøfting og presentasjon av funn**

Mange slagrammede tror at livet er over når de rammes av slag, de tror ikke at de har potensiale til å bli bedre igjen. Etter å ha studert forsknings studier og fagartikler har jeg kommet frem til følgende temaer om hvordan en som sykepleier kan gi omsorg til pasienten, for at pasienten skal få best mulig utbytte av rehabiliteringen.

- Betydningen av god kommunikasjon og relasjon
- Bruk av humor
- Å informere og undervise
- Å støtte og oppmuntre
- Å opprettholde håp
- Bidra til delaktighet hos pasienten

### ***4.1 Betydning av god kommunikasjon og relasjon***

I studien til Engman og Lundgren (2009) som undersøkte hva rehabilitering og sykepleiernes omsorg innebærer for pasienter med slag, kommer det frem at pasientene ønsket en nærere og dypere relasjon med de ansatte. De følte at sykepleierne var snille og hjelpsomme, men at de ofte ble diffuse og usynlige. Pasientene ønsket mer personlig dialog med sykepleierne, slik at de fikk støtte i sin vanskelige situasjon. De påpekte at de hadde behov for at sykepleierne kunne sette seg ned sammen med dem og snakke. De ønsket kontakt med få personer, helst en kontaktsykepleier som kjente dem, og de kjente. En de kunne få tillitt til. På den måten kan de gå dypere inn i samtaler. Men dette følte de ikke at sykepleierne hadde tid til. Selv om de bare trengte noen minutter innimellom. Det kommer også frem i studien til Kvåle (2006) om den omsorgsfulle sykepleier, der det står at det ikke er de tidkrevende og vanskelige samtaler pasientene forventer. De ønsker bare at sykepleierne skal stoppe opp og vise interesse for dem som medmennesker og enkelt individer. Litt ekstra omtanke i en travel hverdag oppfattes som god omsorg for pasientene.

Nortvedt (2006) skriver i fagartikkelen sin at samtaler mellom pasient og sykepleier i økende grad dreier seg mer og mer om informasjons utveksling. Sykepleieren tar seg bare tid til å snakke omkring pasientens sykdom, behov og problemer. Ofte blir

det til at en behandler pasientene etter en fast kasus, i stede for at en viser engasjement i den enkelte pasient. En omsorgsfull sykepleier gir rom for pasientens tanker og meninger. Travelbee (1999) påpeker at det er gjennom kommunikasjon sykepleieren formidler omsorg, både gjennom nonverbal- og verbal kommunikasjon. I følge Travelbee sin teori skal man se mennesket som et unikt individ og ikke som en sykdom.

I følge Eide & Eide (2007) er det viktig å etablere relasjon og skape trygghet og tillit for at kommunikasjonen skal bli best mulig. Bekreftende kommunikasjon er en god egenskap der en viser at en lytter og forstår. Det kan brukes som et tiltak for å bygge relasjon. Bekreftende kommunikasjon går ut på å formidle i ord at en har hørt og forstått hva som er blitt sagt. Dette kan gjøres verbalt ved et bekræftende "jeg forstår", et medfølende "så trist" eller et oppmuntrende "så fint!". På den måten kan en være med å styrke selvfølelsen til den som forteller. Samtidig som en oppfordrer til å fortelle videre og dele mer av det vedkommende bærer på av tanker og følelser. Det bidrar til å gi hjelperen viktig informasjon og innsikt med tanke på videre planlegging av støtte og hjelp. Nortvedt (2006) skriver at pasienter føler verdighet ved at de blir lyttet til, sett og trodd.

Ifølge Engmann og Lundgren (2009) reagerte pasientene på at sykepleierne ikke kom uten at pasientene ringte på dem. Travelbee (1999) mener at det er den profesjonelle sykepleiers oppgave å gi den hjelpen det er behov for, uten å bli bedt om det. I tillegg kommer det frem Engmann og Lundgren (2009) sin studie at slagpasientene ikke fikk tilbud om en samtale om det som hadde hendt dem. Travelbee (1999) påpeker at kommunikasjon er en gjensidig prosess. Sykepleieren bruker kommunikasjon for å innhente og gi informasjon. Pasienten og familien bruker kommunikasjon for å få hjelp og svar på de spørsmålene de sitter med. Ved kommunikasjon influerer og motiverer pasient og sykepleier hverandre.

Kirkevold (1997) beskriver i artikkelen sin om rehabilitering til slagpasienter at en viktig sykepleiefunksjon er den trøstende funksjon. Den mest grunnleggende oppgaven innenfor den trøstende funksjonen er, sykepleierens ansvar til å etablere et tillitsfullt forhold til pasientene og deres pårørende. På den måten hjelper en pasienten med tilrettelegging for sorgprosess, fremmer håp, og hindrer depresjon.



Eide og Eide (2007) og Finset (2004) innebærer relasjon og kommunikasjon at en samarbeider med andre mennesker. Ofte skjer rehabilitering ved hjelp av et tverrfaglig samarbeid. Finset (2004) skriver at det dermed er viktig at hvert enkelt teammedlem kommuniserer godt med hverandre. Det kan fort bli mange å forholde seg til for pasienten. Det blir da viktig at de ikke mottar ulike budskap fra de forskjellige teammedlemmene. En av de største utfordringene i en samtale er tydeligheten i kommunikasjonen. En blir ofte diffuse og unnvikende når det kommer til de ubehagelige budskapene. Dette skaper usikkerhet hos pasienten. De fleste ønsker en ærlig og direkte kommunikasjon. Samtidig må ordene veies ut fra hvordan det vil påvirke pasienten.

I følge Eide og Eide (2007) kunne stress og utilfredshet innenfor hjelpeyrket, trolig vært unngått dersom en var trent opp til å kommunisere klokt og empatisk. Både Eide og Eide (2007) og Finset (2004) mener at det innenfor rehabilitering stilles store krav til kommunikasjonen. Eide og Eide (2007) påpeker at kommunikasjon er avgjørende for behandlingsresultatet. I studien til Tingvoll (2002) kommer det frem at pasientene og de pårørende ikke er fornøyd med kommunikasjon og samarbeidet i det tverrfaglige arbeidet. Det er et viktig samarbeid og må ivaretas i alle ledd, for at en skal kunne gi pasienten best mulig behandling. Indredavik (2004) presiserer at all rehabilitering etter et hjerneslag, forutsetter kommunikasjon, verbal eller nonverbal. Derfor er det viktig at en løser eventuelle kommunikasjonsproblemer. Pasientene kan oftest, selv med redusert bevissthet, delir og afasi forstå en dersom en holder kommunikasjonen enkel.

Kirkevold (2008) skriver at en av konsekvensene ved hjerneslag er afasi eller språkvansker. Mange afasirammede føler de blir behandlet som mentalt tilbakestående, som følge av at både pårørende og helsefagarbeidere sliter med å forstå hva de sier. Eide og Eide (2007) skriver at gode kommunikasjonsferdigheter er et hjelpemiddel for å forstå hverandre. God kommunikasjon bidrar til bedre helse for pasientene og gjøre sykepleiernes jobb enklere. I mange tilfeller har pasientene bare behov for at noen kan lytte til dem. Evnen til å lytte aktivt er en viktig og grunnleggende innenfor hjelpende kommunikasjon.

I studien til Lynch (2008) om livskvalitet etter et hjerneslag, kommer det frem at slagpasientene opplever ekstremt følelsesmessige reaksjoner på grunn av kommunikasjonsvansker. De beskriver ydmykende opplevelser som resultat av manglende evne til å snakke til medisinske fagfolk. Fra personalets side kommer det frem at talevanskene ikke blir sett på som noe stort problem. De mener at slagpasientene kan være vanskeligere å forstå dersom de er trøtte eller sinte, men generelt er det ikke noe de ser på som et problem. I Kirkevold (2008) kommer det derimot frem at også profesjonelle helsearbeidere ofte føler seg utilstrekkelige i samtale med afasirammede.

I praksis har jeg selv opplevd det å være diffus. Man ser gjerne at pasienten har det tungt og ønsker og snakke. Men en vet ikke hva en skal si eller svare pasienten med. Samtidig er mange redde for at de ikke skal forstå hva slagpasienten sier. En unngår dermed samtalen for å slippe å havne i en ubehagelig situasjon der en ikke forstår. Slagpasienter ender dermed opp med at de ikke får snakket med noen angående deres livssituasjon.

## **4.2 Bruk av humor**

I studien til Kvåle (2006) kommer det frem at pasientene ønsker at det skal være latter og humor i avdelingen, for å holde de tunge tankene borte. Engman og Lundgren (2009) hevder i studien sin at det er svært viktig for pasientene i rehabiliteringen å oppleve glede, humor og fellesskap med både personalet og andre. Som nevnt tidligere skriver Eide og Eide (2004) at humor kan hjelpe en til å forholde seg til vanskelige følelser og situasjoner.

I studien til Reijno og Post (2007) kommer det frem at pasientene har et strekt behov for å få noe annet å tenke på enn sykdommen og deres situasjon. En kan da se på hva som kommer frem i Engman og Lundgren (2009) sin studie om at humor kan lindre smerte. Humor får pasienten til å føle seg mer komfortabel og avslappet. Samtidig gir humor en positiv opplevelse og beskytter mot stress. Derfor er det en fordel å anvende i omsorgsyirket. Eide og Eide (2004) skriver også at ved bruk av humor kan en lette kommunikasjonen.

Jeg har i praksis erfart at humor kan lette kommunikasjonen og føre til en god relasjon med pasienter. Pasientenes humør blir ofte mye bedre ved bruk av humor. Men jeg har også erfart at det ikke alltid er like lett å ta i bruk humor, ikke alle pasienter er like lette å få en god relasjon med. En må ta og føle på stemningen og tilpasse bruken av humor til hver enkelt pasient og situasjon.

Det kommer frem i studien til Kvåle (2006) at de sykepleierne som gir best omsorg er de som er smilende og blide med godt humør, de som alltid har et smil og en latter på lur. Latter og humor hjelper pasientene ved at det holder de vanskelige tankene borte. Samtidig kommer det frem at det er viktig at sykepleierne vet når de skal bruke humor og når de bør være alvorlige.

### **4.3 Å informere og undervise**

Tingvoll (2002) skriver i studien sin at både pasienter og pårørende føler de får for lite informasjon fra sykehuset. Det kommer frem at de ønsker kontakt med og informasjon fra noen som har kunnskap om sykdommen deres, og kan besvare spørsmålene de sitter med. Molven (2009) påpeker at helsefaglig blir det i økende grad lagt mer og mer vekt på betydningen av å informere og undervise pasientene om deres sykdom, behandling og rehabilitering. I studien til Rejnö og Post (2007) viser det seg at informantene føler seg tryggere på en slagenhet. De føler at kompetansen til de ansatte er høyere der og at personalet der er tryggere på det de gjør, noe som resulterte i bedre omsorg.

Kirkevold (1997) skriver at sykepleieren har som oppgave å gi realistisk informasjon om hjerneslag, behandling og rehabilitering. De skal også informere om den forventede banen av sykdommen og rehabiliteringen, og peke på muligheter for forbedringer og restitusjon. I følge Finset (2004) sier slagpasientene at de føler de har bedre nytte av rehabiliteringen dersom de får god informasjon og undervisning underveis. Det er også viktig at en etter å ha informert pasienten gir en oppsummering der en går gjennom og forsikrer seg om at pasienten har forstått budskapet. Dette kommer også frem i Pasientrettighetsloven (1999) der det står at pasientene har rett til informasjon og at informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger. Helsepersonellet skal også sikre seg best mulig om at

pasienten har forstått informasjonen. Som nevnt tidligere skriver Kirkevold (2008) at språk og talevansker er vanlige etter et slag. Dette påvirker informasjons og undervisningsprosessen. Kan gjøre det vanskeligere for pasienten å få frem hva han/hun lurer på og kan bli en hindring under informasjonsgivingen og undervisningen.

Kvåle (2006) påpeker at ved å gi pasientene informasjon, gir en de en opplevelse av trygghet og kontroll, noe som er et grunnleggende behov for at en skal kunne mestre å ha en kronisk sykdom. I følge Brataas (2003) gir god informasjon positiv effekt på pasientenes helse både på kort og lang sikt. Det reduserer psykisk stress og har innvirkning på tilfredshet og livskvalitet. I studien til Kvåle (2006) kommer det frem at pasientene ser på det som god omsorg når sykepleierne gir informasjon om sykdom, behandling og praktiske forhold. Kirkevold (1997) viser til at sykepleiernes rolle er å hjelpe pasienter og pårørende til å forstå konsekvensene av hjerneslag. Det kommer frem at å gi realistisk informasjon om hjerneslag, behandling og rehabilitering, er avgjørende i å hjelpe og støtte pasienter og pårørende.

#### **4.4 Å støtte og oppmuntre**

I studien til Engmann og Lundgren (2009) kommer det frem at slagpasientenes kapasitet øker ved at det blir stilt krav til dem, og at de får oppmuntring og motivering til rehabilitering. Indredavik (2004) skriver at "tvangsrehabilitering" aldri lykkes hos slagpasienter. Derfor er det viktig med støtte og oppmuntring slik at pasientene motiveres til rehabilitering.

I følge fagartikkelen til Olesen(2010) får vi et kraftfullt motiverende kommunikasjonsverktøy til rådighet, dersom vi har evne til å være empatiske og aksepterende. Måten vi kommuniserer og behandler på, er avgjørende for hvordan pasienten påvirkes og motiveres. Ved å være oppmerksom på de følelsesmessige områdene i pasientens atferd, handlinger og kommunikasjon, kan sykepleiere bidra til identitet gjenoppbygging ved å støtte og oppmuntre. Mot, nærvær, engasjement og kreativitet blir nevnt som motiverende faktorer som avhenger av struktur og oversikt.

I følge Kirkevold (1997) er informasjonsoppgaven som sykepleierne har avgjørende i det å støtte og oppmuntre pasienter og pårørende i rehabiliteringsfasen og deres forståelse av verden og livet videre. Tingvoll (2002) påpeker at det er viktig at de slagrammede får støtte og veiledning i en helhetlig rehabilitering slik at de oppnår en god livskvalitet. Lynch (2008) skriver at slagpasientene verdsetter støtte fra sin familie og andre omsorgspersoner, men at de føler seg veldig ukomfortabel med sin avhengighet av andre. Taylor (2009) er hjerneforsker og har selv skrevet om sin opplevelse av tiden etter slaget hun fikk. Hun skriver mellom annet at det er viktig at de rundt slagpasienten oppmuntrer og viser at en må jobbe mot drømmene og målene. Livet til slagpasienter er verdifullt og de trenger å vite det.

I følge Eide & Eide(2007) oppmuntrer en ved å komme med oppfordringer til pasienten om å fortsette, utdype eller fortelle videre – ”ja, bare fortsett”, fortell videre”, ”kan du si litt mer om det?”. Oppfordringer på denne måten stimulerer en til å fortsette og kan være en bekreftelse på at det en gjør er positivt. Oppmuntring er en måte å formidle interesse og respekt. Eide og Eide (2004) påpeker at oppmuntring kan stimulere og påvirke pasienten til å gå videre. I følge Finset (2004) handler rehabilitering om at en skal legge vekt på slagpasientens resurser og forsterke pasientens tro på seg selv og tillit til egen mestring. Wergeland (2010) påpeker at sykepleierne skal gi konstruktiv ros og oppmuntring til pasientene.

Conradi og Hendriksen (2004) hevder at ved å ha mål som har stor betydning for slagpasienten, blir pasienten sin motivasjon og utholdenhet mobilisert. Dersom målet er for langt borte eller for stort, blir ikke pasienten motivert til å bruke betydelige krefter over lang tid i rehabiliteringen. Det samme kommer frem i det Eide & Eide (2007) skriver om at realistiske mål styrker pasientens motivasjon og vilje til forandring. Realistiske og kortsiktige mål gjør at en lettere motiveres til å bruke krefter under rehabiliteringen. Når en når målene gir dette en følelse av mestring og mening. Dermed styrkes pasientens motivasjon for videre rehabilitering. Taylor (2009) påpeker at under rehabiliteringen hennes var det svært viktig å fokusere på det hun kunne, ikke det hun ikke kunne. På den måten konsentrerte hun seg om hvor godt hun klarte seg og gleden over å være i live.

I studien til Kirkevold (1997) kommer det frem at den hjelpende rollen til sykepleierne inkluderer det å etablere helbredende forhold, tolke og lindre smerte, gi emosjonell og informasjons støtte og guide pasientene gjennom endringer i livet. Brataas (2003) skriver at ved å gi støtte til pasienten, hjelper en pasienten til å mestre stress. Den faglige støtten fra sykepleierne har som mål at pasientene skal oppnå livskvalitet.

#### **4.5 Å opprettholde håp**

I studien til Engman og Lundgren (2009) hevdet informantene at det var gjennom treningen de fikk opplevelsen av tro og håp om en fremtid i hjemmet. Deres kapasitet økte ved at det stiltes krav, og de fikk oppmuntring og motivering til trening.

I følge Travelbee (1999) er sykepleierne sin oppgave å hjelpe pasienten til å opprettholde håp, og forebygge håpløshet. Samtidig er det sykepleiernes oppgave å hjelpe pasientene til å gjenvinne håp, dersom de opplever håpløshet. For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten til å oppleve håp, må sykepleieren gi kvalifisert og medfølende omsorg. Lohne (2010) skriver også at å gi håp er til pasientene er sykepleierne sin oppgave. En trenger ikke håpe på de store tingene, men kan begynne i det små. For eksempel håpet om å få en god natt søvn. Det er alltid mer å gjøre og mer og håpe på, selv om pasienten skulle være døende. Som nevnt tidligere skriver Kirkevold (1997) at en av sykepleieroppgavene er å etablere et tillitsfullt forhold til pasientene slik at en kan fremme håp i situasjonen pasienten er kommet i. Håp er svært viktig for å forebygge depresjon hos pasientene. I følge Rustøen (2001) påvirkes håp av mange forskjellige forhold. Håpet er avhengig omgivelsene og holdningene rundt en. I følge Engman og Lundgren (2009) må tålmodige sykepleiere gi slagpasientene oppmuntring og motivering under rehabiliteringen for at de skal opprettholde tro og håp om en fremtid. Rustøen (2001) skriver da at sykepleierne mellom annet kan fremkalle og styrke håp ved å oppfordre pasientene til å bruke egne ressurser.

Engman og Lundgren (2009) påpeker at håp er viktig for egenomsorgen. Det kommer også frem i det Rustøen (2001) skriver om at håp er knyttet til mestring. Lohne (2010) hevder at veien mellom håp og håpløshet er kort, sykepleieren sin sentral oppgave er da å inspirere pasienter som lider til håp. Finset (2004) hevder en

i møte med pasienten må finne en balanse mellom håp og realisme. Det er viktig å hjelpe pasienten til å få en mest mulig realistisk innsikt i tilstanden sin. En skal gi pasienten innsikt i sykdomstilstanden, men uten at en tar håpet bort. Informantene i studien til Engman og Lundgren (2009) hevder at de under sykehusoppholdet fikk større tro på og håp om at de ville bli friske. Troen og håpet om å bli bedre ble styrket av målet de hadde om å få komme hjem igjen. Ved at pasientens pasientenes meninger blir tatt hensyn til, kan rehabiliteringen gi mening og håp for den slagrammede.

#### ***4.6 Å bidra til delaktighet hos pasienten***

Studien til Tingvoll (2002) viser at pasientene føler at de ikke deltok i planleggingen av livssituasjonen deres etter hjerneslaget. I studien til Engman og Lundgren (2009) kommer det frem at det er viktig at en diskuterer og blir enige om hvilke mål og aktiviteter som er ønskelige og realistiske i rehabiliteringen. Sammen må en sette opp både langsiktige og kortsiktige mål, og sørge for at slagpasientene handler ut fra dem. Videre kommer det frem at gjennom å forklare og tydeliggjøre korte og langsiktige mål hjelper sykepleieren pasienten i å planlegge egenomsorgshandlinger og skaper mulighet for rehabilitering. I studien til Tingvoll (2002) kommer det frem at det er svært viktig for pasientene å ha et eierforhold til rehabiliteringsprosessen og føle at de mestrer situasjonen. Dessverre er ikke pasientene selv så mye med i planleggingen, undersøkelser har vist at det er vanskelig å få gjennomført at pasienten selv skal legge premissene for rehabiliteringsprosessen.

Som nevnt tidligere skriver Lynch (2008) at slagpasienter verdsetter støtten de får, men at de føler avhengigheten av andre er ubehagelig. Flere av pasientene er redde for at dersom de hele tiden tar i mot hjelp, vil de få mindre rehabilitering og ikke lære å være selvstendige igjen. Fra personalets side kommer det frem at ubehaget pasientene føler om å være avhengig skaper problemer for omsorgspersonene. Pasientene vil ikke innrømme at de har redusert livskvalitet, og ønsker og tror at deres liv ikke er berørt av slag. Denne avhengigheten av andre samt manglende evne til å utføre oppgaver, fører i mange tilfeller til at den slagrammede blir deprimert. I følge Conradi og Hendriksen (2004) er det ikke selve uavhengigheten som er viktig for pasientene, men det at de kan velge hvem og når de skal være avhengige.

Kirkevold (2008) påpeker at under rehabilitering av slagrammede pasienter er det viktig å finne en balanse mellom aktivitet og hvile. Ofte blir aktivitetene i rehabiliteringsprogrammet tilpasset personalets arbeidsplan og ikke pasientenes. Skal pasienten ha best mulig nytte av rehabiliteringen må pasienten være uthvilt både fysisk og mentalt. Som nevnt tidligere er rehabiliterings arbeidet tverrfaglig og krever samarbeid mellom flere instanser. Dette blir bekreftet i Tingvoll (2002) sin studie der det hevdes at en må jobbe sammen mot et felles verdigrunnlag som ivaretar pasientens verdighet, og rett til å bestemme over eget liv. Sammen må en utarbeide en rehabiliteringsplan. Til det kreves et samarbeid på tvers av fag og etat, samtidig må en være fleksibel for å møte de ulike behov pasienten har.

Eide og Eide (2007) påpeker at sykepleieren skal både finne ut hva pasienten har behov for faglig sett og sørge for å delaktiggjøre pasienten i prosessen for å oppnå best mulig resultat.

### **§ 3-1. Pasientens rett til medvirkning**

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Eide og Eide (2007) henviser til pasientrettighetsloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som understreker pasientens rett til å være delaktig. For at pasienten skal kunne være delaktig er det svært viktig å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon. En må ta med pasientens råd, respektere pasientens opplevelse og la pasienten i størst mulig grad få beholde ansvaret for å bidra med sitt for å beholde målene. Brataas og Hermann (2003) påpeker at ved å veilede pasientene kan en bidra til delaktighet hos pasientene. En kan mellom annet bruke veiledningssamtaler til å hjelpe pasientene til å finne ut av problemer og oppdage måter å håndtere det på selv. Hjelp til selvhjelp får slagpasienten til å bli oppmerksom på ens egne resurser i rehabiliteringen. I følge Conradi og Hendriksen (2004) må den slagrammede selv finne ut definisjonen av hva som utgjør et tilfredsstillende og meningsfullt liv. Derfor



må slagpasienten selv være med å sette opp målene og prioriteringen til rehabiliteringen.

## 5.0 Avslutning

Målet for denne oppgaven var å finne ut hvordan en som sykepleier kan gi best mulig omsorg til slagpasienten i rehabiliteringen.

I oppgaven min kommer det frem at omsorg gis på mange forskjellige måter, og hva en ser på som god omsorg varierer for hver enkelt person. Noe som gikk igjen var at pasientene ønsker å bli sett på som personer og ikke diagnoser. Samtalene mellom pasientene og sykepleierne skal ikke bare dreie seg om informasjons giving men også om hverdagslige ting. De ønsker å bli behandlet som medmennesker. Litt ekstra omtanke i en travel hverdag oppfatter pasientene som god omsorg.

En god relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for forståelsen dem imellom. Mellom annet kom det frem at støtte, oppmuntring, motivering og humor er noe som de føler kan hjelpe dem til å mestre sin livssituasjon og se lysere på rehabiliteringen. I tillegg følte pasientene at dersom de fikk realistisk og god informasjon ville de ha bedre nytte av rehabiliteringen. De føler de får god omsorg når de får god informasjon. Ved god informasjon og ved at sykepleierne viser kompetanse og virker trygge i sine handlinger føler pasientene seg tryggere. Informasjon er også viktig for at pasientene skal kunne være delaktige i rehabiliteringen og være med og påvirke hvordan rehabiliteringen skal legges opp. Mange slagpasienter har kommunikasjons vansker og kan dermed ha problemer med selv å oppsøke og spørre etter informasjon, derfor er det viktig at sykepleierne yter omsorg ved å være oppmerksomme våkne og fremstår som trygge.

## Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I: U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: sentrale begreper i klinisk sykepleie* (S.417-450). Oslo: Akribe AS.
- Austgård, K. (2007). *Omsorgsfilosofi i praksis – å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelens forlag AS
- Brataas, H. V. (2003). Å innhente og formidle informasjon og støtte pasienten. I: H. V. Brataas & T. Steen- Olsen (Red.), *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell* (S.48-65). Kristiansand: Høyskole Forlaget AS.
- Brataas, H. V. & Hermann, R. (2003). Pasientundervisning og -veiledning. I: H. V. Brataas & T. Steen- Olsen (Red.), *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell* (S.66-81). Kristiansand: Høyskole Forlaget AS.
- Conradi, S. & Rand-Hendriksen, S. (2004). Funksjonshemming og rehabilitering- ideologi og virkelighet. I: L. L. Wekre. & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. (s. 23-33). Bergen: Fabokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Conradi, S. & Rand-Hendriksen, S. (2004). Rehabiliteringsprosessen. I: L. L. Wekre. & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. (s. 35-39). Bergen: Fabokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

- Eide, T. & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Engman, M. & Lundgren, S. (2009). Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskan omvårdnad för patienter vid stroke? *Vård i Norden*, 29(3), 32-36.
- Finset, A. (2004). Kommunikasjon som en del av rehabiliteringsprosessen. I: L. L. Wekre. & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*.(s.41-45). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur
- Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28. juni 2001 nr. 765. Hentet fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html#2>
- Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I: Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (Red.) *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. (s. 10-28). Oslo: Cappelens forlag AS
- Indredavik, B. (2004). Hjerneslag. I: L. L. Wekre. & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*.(s.125-148). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Indredavik, B. (Red.). (2010). *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

- Kirkevold, M (1997). The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: Toward a unified Theoretical Perspective [Elektronisk versjon]. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 55-64. Hentet fra Ovid 05.05.11
  
- Kirkevold, M. (2001). Et slag rammer hele familien. I: M. Kirkevold & K. S. Ekeren (Red.), *Familien i sykepleiefaget* (S.130-149). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
  
- Kirkevold, M. (2008). Hjerneslag. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Rahnhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (S.406-417). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
  
- Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 4* (S.13-99). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
  
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i norden*, 26(1), 15-19.
  
- Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. I: U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: sentrale begreper i klinisk sykepleie* (S.393-416). Oslo: Akribe
  
- Lindquist, I. & Dahlberg, K. (2002). Att vara anhörig till någon som just drabbast av stroke. *Vård i norden*, 22(3), 4-9.
  
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I: U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: sentrale begreper i klinisk sykepleie* (S.108-123). Oslo: Akribe AS.
  
- Lynch, B. E., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, J. C., Perez, L. & Cella, D. (2008). A qualitative study of life after stroke: The importance of social relationships. [\[http://jrm.medicaljournals.se/article/pdf/10.2340/16501977-0203\]](http://jrm.medicaljournals.se/article/pdf/10.2340/16501977-0203). *Journal of rehabilitation medicine*, 2008 (40), 518-523.

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays*. Oslo: Universitets Forlaget.
- Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nortvedt, L. (2006). Rehabilitering med respekt. *Sykepleien* 94(15), 55-57.  
hentet fra  
[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p\\_document\\_id=118415](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=118415)
- Olesen, J. (2010): Målsætning spesielt med fokus på apopleksi [Elektronisk versjon]. *Fysioterapeuten*, 77(10), 2-6. Hentet fra SveMed 26.05.11.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag as.
- Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasientrettigheter av 2. Juli. 1999 nr 63  
hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#3-2>
- Renjo, Å. & Post, I. V. (2007). Att vårdas på en kombinerad akut och rehabiliterande strokeenhet – Patienters upplevelser från vårdtiden [Elektronisk versjon]. *Vård i nord*, 27(3), 49-52.
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Stein, J., Silver, J., Frates, E. P. & Wityk, R. J. (2006). *Life after a stroke: the guide to recovering your health and preventing another stroke*. North Charles Street: The Johns Hopkins University Press.
- Taylor, J. B. (2009). *Med et slag: hjerneforskerens reise fra hjerneslag til ny innsikt*. Trondheim: Cappelen damm AS.

- Tingvoll, W. A. (2002). Slagenhetens rolle i helhetlig rehabilitering: institutt for helse og sykepleievitenskap [Elektronisk versjon]. *Vård i norden*, 22(4), 48-51.
  
- Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
  
- Wergeland, A., Ryen, S. & Olsen, T, G. (2010). Sykepleie ved hjerneslag. I: H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth, (Red.) *klinisk sykepleie: bind 2*.(s. 261-284). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.