



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Prosjektoppgåve

Kandidatnr: 156

Leveringsfrist: 20.02.2015

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarleg (Rettleiar dersom rettleia oppgave): Anita Moen
Hakestad



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

LIVSKVALITET HOS PASIENTAR MED TETRAPLEGIA ETTER RYGGMARGSSKADE



Disability. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.

http://quest.eb.com/#/search/158_2474190/1/158_2474190/cite

Bacheloroppgave i sjukepleie, Avdeling Stord, år 2015, kull 2012

Antall ord: 8998

Samandrag

Tittel: Livskvalitet hos pasientar med tetraplegia etter ryggmargsskade.

Bakgrunn for val av tema: Frå praksis har eg møtt pasientar med ryggmargsskade av ulik grad, men møte med ein ung gut med tetraplegia var spesielt. Slike skadar har det vore mindre fokus på i sjukepleieutdanninga mi. Eg vart då svært usikker i møtet med denne pasienten, og lagde meg eit ynskje om å få større forståing rundt temaet og opparbeide meg kunnskap om tilstanda deira og korleis ein sjukepleiar kan hjelpe med å auke livskvaliteten deira.

Problemstilling: «Kva inneber livskvalitet for pasientar med tetraplegia etter ryggmargsskade, og korleis kan ein utøve sjukepleie for at pasienten skal fremja si livskvalitet?»

Oppgåvas hensikt: Hensikta bak oppgåva er å få kunnskap rundt livskvalitet og tetraplegia, og finne dei viktige faktorane som kan hjelpe ein sjukepleiar i møtet med slike pasientar, og korleis sjukepleiaren kan bidra til å fremje opplevinga av god livskvalitet.

Metode: Denne studia brukar systematisk litteraturstudie som metode. Det vart brukt fleire søkjemotorar for å finne artiklar, men dei mest relevante artiklane såg ut til å være på CINAHL, dermed er alle artiklane henta derfrå. Søkeorda som vart brukt var «quality of life», «tetraplegia», «spinal cord injury», «hope», «nursing», «nursing care», «nursing interventions» og «Norway». Det er frå desse søkjeorda eg fant fram til dei fire mest relevante artiklane som vart inkludert i denne oppgåva.

Resultat: Det er tydeleg at ei ryggmargsskade har mange psykiske konsekvensar. Dei får ein ny kvardag dei skal mestre og forstå, samt lære seg å leve med eit håp om og ein dag få eit godt liv. Innan livskvalitet ser ein at håp, mestring og ei meining bak sjukdommen går igjen. Å basere sjukepleien mest på emosjonelle- og motiverande strategiar ser ut til å være nøkkelen.

Oppsummering: Livskvalitet vert presentert som eit av hovudmåla når det gjeld pasientar med kronisk sjukdom. Innanfor ryggmargsskade og tetraplegia ser det også ut til at god livskvalitet har blitt det ultimate målet. Innanfor begrepet livskvalitet er det mange emner. Ofte vert håp, mestring og det å finne ei meining bak sjukdommen trekt fram som viktige punkt for å fremja livskvaliteten. Desse tre punkta heng mykje i lag, håpet fremjar mestring, samt mestring hjelp pasienten i å finne meininga si. Alle punkta fremjar livskvaliteten og arbeidar saman mot dette. Dersom sjukepleiaren tileignar seg nok kunnskap om fremjing av håp, mestringsprosessen og meininga bak sjukdommen, vil dei kunne hjelpe pasienten mot målet om å fremja si livskvalitet.

Nøkkelord: Livskvalitet, sjukepleie, tetraplegia, ryggmargsskade, håp, mestring.

Summary

Title: Quality of life in patients with tetraplegia after spinal cord injury.

Background for choice of theme: From my clinical practice, I have met many people with spinal cord injuries of various outcomes. The meeting with a young man with tetraplegia stood out. It has been less focus on these types of injuries during my nursing education, therefore this meeting was quite new to me and made me unsure of how to practice good nursing. I decided I wanted to know more about the subject, and figure out how a nurse could help the patient to achieve a better quality of life.

Issue: “What is quality of life for patients with tetraplegia after spinal cord injury, and how can nursing help the patient to promote his quality of life?”

Study purpose: The purpose of this study is to gain knowledge about quality of life and tetraplegia. Finding the small subjects in quality of life might help a nurse to give the best care. It is about gaining knowledge about what quality of life means to these patients, and how a nurse can help them achieve this.

Method: This study uses systematic literature review as method. Several websites were used to find relevant articles, but every article chosen for this study was found at CINAHL. The search terms that were used, were “quality of life”, “tetraplegia”, “spinal cord injury”, “hope”, “nursing”, “nursing care”, “nursing interventions” and “Norway”. It was from these search terms I found the four most relevant articles for this study.

Result: It is clear that psychological consequences follows a spinal cord injury. They have to cope with a new life, understand it, and still have the hopes of one day living a good life. In the phrase “quality of life” the terms coping, hope and finding a meaning behind it all, is often repeated.

Summary: Quality of life is presented as the main goal when it comes to chronic diseases. This seems to also be the case for patients with spinal cord injury and tetraplegia. The term “quality of life” has many subcategories. Hope, coping and finding a meaning behind the illness is often mentioned as important to promote quality of life. These three terms work together, hope enhances coping, and coping helps the patient find his meaning. If a nurse gains enough knowledge about promoting hope, the coping process and the meaning behind the illness, they could help the patient against the goal of a better quality of life.

Keywords: Quality of life, nursing, tetraplegia, spinal cord injury, hope, coping.

Innholdsliste

1	INNLEIING	7
1.1	Bakgrunn for val av tema.....	7
1.2	Grunngjeving for val av tema	7
1.3	Presentasjon av problemstilling	7
1.4	Avgrensing	8
2	TEORI.....	8
2.1	Sjukepleieteoretisk perspektiv	8
2.2	Kva er ryggmargsskade	9
2.2.1	Kort om tetraplegia.....	10
2.2.2	Sjukepleie til pasientar med ryggmargsskade	10
2.3	Livskvalitet hos pasientar med ryggmargsskade.....	11
2.3.1	Håp og mestring i forhold til livskvalitet.....	11
2.3.2	Sjukepleie og livskvalitet	13
3	METODE.....	15
3.1	Kva er ein metode?.....	15
3.2	Systematisk litteraturstudie	15
3.3	Framgangsmåte	15
3.3.1	Tabell – CINAHL.....	16
3.4	Metodekritikk	17
3.5	Etiske overveielsar ved studien	18
4	RESULTAT	18
4.1	Artikkel 1	18
4.1.1	Kritisk vurdering	19
4.2	Artikkel 2	19
4.2.1	Kritisk vurdering	20
4.3	Artikkel 3	20
4.3.1	Kritisk vurdering	21
4.4	Artikkel 4	21
4.4.1	Kritisk vurdering	22
4.5	Oppsummering av hovudfunna	23

5	DRØFTING.....	23
5.1	Sjuepleie til pasientar med ryggmargsskade	23
5.2	Sjuepleie og livskvalitet til pasientar med ryggmargsskade	24
5.3	Håp og mestring i forhold til livskvalitet.....	26
5.4	Å finne meininga bak sjukdommen.....	29
6	KONKLUSJON.....	30
	REFERANSELISTE	31

1 INNLEIING

1.1 Bakgrunn for val av tema

I Noreg lever ca. 1000-2000 personar med ryggmargsskade. Antakeleg er det rundt 70-80 nye hendingar per år med traumatiske ryggmargsskadar som følgje. Trafikkulykker er saman med fallulykker den hyppigaste årsaka til ryggmargsskader i dag (Bertelsen, 2011, side 324)

Ryggmargsskadar kan ha alvorlege konsekvensar, som til dømes smerter, spasmer, parese eller paralyse i urinblære, endetarm og ekstremitetar, samt svikt i temperaturregulering, blodtrykk og puls. Jo høgare skaden ligg, desto verre vert dei nevrologiske symptoma. Å leve dagleg med desse utfordringane kan gi pasienten psykologiske konsekvensar som angst, depresjon og redusert livskvalitet (Lohne, Raknestangen, Mastad & Kjærnes, 2010, s. 210-212).

1.2 Grunngeving for val av tema

I sjukepleiarutdanninga mi har det vore mindre fokus på denne type skadar. Utfordringa vart derfor stor i møtet med ein slik pasient. Oppgåvas tema vart valt etter ein praksisperiode der eg fekk møte ein ung mann med tetraplegia. Eg starta å undre meg over korleis livet hans var, som låg på avdelinga heile dagen, og berre kunne bevege hovudet og nakken. Kva tenkjer han på? Ser han ei framtid fylt med moglegheiter, eller ser han berre utfordringar? Etter ei ryggmargsskade vert nok livet for mange snudd på hovudet. Ein skal tilpasse seg ein ny kvardag, møte problem ein kanskje aldri trudde ein ville få. Akkurat dette vil eg seia kan gjenspeilast i så mange andre sjukdommar ein sjukepleiar kan møte. Denne oppgåva skal gi ei djupare forståing av livskvalitet hos pasientar med tetraplegia.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Kva inneber livskvalitet for pasientar med tetraplegia etter ryggmargsskade, og korleis kan ein utøve sjukepleie for at pasienten skal fremja si livskvalitet?

1.4 Avgrensing

Avgrensinga i temaet er at det er ei skade på ryggvirvlar frå C5-C6 som har ført til tetraplegia. Det vil derfor ikkje være pasientar som ligg i respirator, dette vart ekskludert då begrepet livskvalitet gjerne ville fått ei anna forståing enn det som er formålet med oppgåva. Det skal fokuserast på vaksne. Born og eldre med denne skada vert dermed ekskludert. Årsaka til skada på personar i denne studia skal være akutte skadar som til dømes trafikkulykke, vald, fall, og sportsulykker. Ein ser derfor bort i frå medfødde skadar og eventuelle sjukdommar som har ført til ryggmargsskade. Denne avgrensinga vart valt etter statistikk på årsakar, samt egne fordommar om at livsomveltinga vert større for dei med akutt skade på ryggmargen.

Begrepet livskvalitet vart valt då dette frå mi side, vert sett på som hovudproblemet. Etter å ha lest igjennom artiklar om temaet, vart denne hypotesen regelmessig bekrefta. Til dømes står det i ein artikkel at god livskvalitet har blitt det ultimate målet ved rehabilitering etter ei ryggmargsskade (Hammel, Miller, Forwell, Forman & Jacobsen, 2004). Innan livskvalitet skal det i denne studia fokuserast på håp, å finne ei meining bak lidinga og mestring. Andre faktorar som fremjar livskvalitet vert dermed ekskludert, med mindre dei har relevans til dei gitte emna.

2 TEORI

2.1 Sjukepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbee meiner målet ved sjukepleie er å få pasienten til å leve med sjukdommen, lære frå sjukdomserfaringa si, finne ei meining bak situasjonen og vekse av lærdommen. For at sjukepleiaren skal kunne oppnå ei forståing av pasientens situasjon, må sjukepleiaren bli kjent med den individuelle pasienten. Kommunikasjon vert nøkkelen. Sjukepleiaren må bli involvert, sjå behova til pasienten og hjelpe han med å finne ei meining bak sjukdommen. Menneskelege forhold hjelper pasientar med lidinga. Pasientens syn på sjukdommen og lidinga har alt å seia for korleis han taklar situasjonen sin (Meleis, 2007, s. 364-365).

Å finne ei meining bak sjukdommen og lidinga si kan påverke pasienten til å oppnå ein større grad av aksept for situasjonen. Å finne denne meininga vil gjera at sjukdommen og lidinga til

dels vert sett på som ei positiv erfaring, og vert då lettare å *leva* med. Meininga pasienten finner er individuell. Ingen andre kan bestemme meininga bak det enn dei sjølv, men andre kan hjelpe med å finne denne meininga. For at sjukepleiaren skal vera til hjelp i å finne denne meininga, må eit menneske-til-menneske-forhold som er beskriven over være etablert (Travelbee, 1999, s. 225-231).

Å sørge for at den sjuke fysisk har det godt, kan lindre mykje psykisk. Ein pasient vil gjerne ikkje opna seg til ein sjukepleiar som ikkje varetek behova pasienten har. Sjukepleiaren kan også bruke andre spesifikke tilnæringsmåtar for å hjelpe: bruka likningar, med indirekte samanheng med pasientens situasjon. Dette kan hjelpe pasienten med å sjølv finne meininga bak lidinga. Problemkamuflering ved å bruke ord som «vi» og «oss» kan hjelpe pasienten med å takle samtaleemnet betre, og å ha eit objektivt syn på temaet. Dersom sjukepleiaren ser behovet for det, og meiner det kan hjelpa å nå målet, kan ein bruka eigne erfaringar i samtalen. Dersom sjukepleiaren veit at pasienten har ei religiøs tru, kan også dette trekkjast inn for å hjelpe pasienten med å finne meininga si (Travelbee, 1999, s. 233-237).

2.2 Kva er ryggmargsskade

Ryggmargen strekker seg mellom virvelkanalane i ryggstøyla og fungerer som bindeleddet mellom hjernen og det perifere nervesystemet (Sand, Sjaastad, Haug, Bjåle, 2009, s. 117-119). Ryggmargsskade kan gi varig parese, paralyse, sensoriske utfall og svekking av reguleringsmekanismer. Traumatisk skade på medulla kan føra til fraktur, leddlukasjon, og direkte skade av ryggmarg og/eller nerverøter. Alvorlegheitsgrada av skada vert auka desto høgare skadepunktet ligg (Bertelsen, 2011, side 324). Nokre av reguleringsmekanismer som sviktar er blodtrykk og puls, samt temperaturreguleringa (Lohne, Raknestangen, Mastad & Kjærnes, 2010, s. 210).

Ved komplett tverrsnittsskade, vil all kommunikasjon i nervebanar mellom hjernen og områder under skadenivået være brott. Personen vert paralyisert nedanfor skadepunktet. Gjenvinning av motoriske og sensoriske funksjonar er ikkje mogleg, men det vil etter kvart dukke opp spasmar og patologiske refleksar. Inkomplett tverrsnittsskade kan etterlate enkelte nervefibrar intakte, då

det ikkje vil ha skjedd ei fullstendig avriving. Dei motoriske, sensoriske og/eller autonome funksjonane vert delvis tilstade under skadepunktet (Bertelsen, 2011, side 324).

2.2.1 Kort om tetraplegia

Det finnes ulike plasseringar for parese og paralysering etter ryggmargsskade, alt etter skadeomfanget. Tetraplegi er fullstendig paralyse av alle fira ekstremitetar, heile kroppen er altså paralyisert (Lohne, Raknestangen, Mastad & Kjærnes, 2010, s. 195-196).

Skadar i cervicalvirvel 5. eller 6. vert rekna som tetraplegi. Personar med skadar på desse nivåa klarar seg utan respirator, men har stor trong for assistanse i dagleglivet. For skadar i C5 er assistanse nødvendig med dei fleste daglege aktivitetane. Pasientane kan bevege seg i elektrisk eller manuell rullestol og kan trenast opp til å bruke olbogane og skuldrane. Med spesiallaga hjelpemiddel kan ein ete mat sjølvstendig. Pasientane har ikkje kontroll over blære og tarm, men ved bruk av urinkateter og faste avføringsmiddel klarar ein å regulere dette. Pasientar som er ramma med skade i C6 er gjerne litt meir sjølvstendige, dei et sjølv, brukar olbogane, skuldrane og delvis hendene. Dei kan køyra spesialinnreia bil, og kan bruka både manuell- og elektrisk rullestol. Tarm og blærefunksjonane er den same som ved skade i C5 (Lohne, Raknestangen, Mastad & Kjærnes, 2010, s. 211).

2.2.2 Sjukepleie til pasientar med ryggmargsskade

Alvorleg skade på sentralnervesystemet kan føre til svikt av vitale funksjonar. Utfordringa for ein sjukepleiar vert gjerne å oppfylle både fysiske og psykiske behov. Ein må prøve å skape ein omsorgsfull relasjon til både pasienten og pårørande for å fremja håpet. Sjølv om sjukepleiaren må være realistisk med pasienten rundt prognosar, skal ein ikkje frata håpet. Ein må fokusera på dei små måla pasienten kan klare, og framgangen som er oppnådd etter tid. For at pasienten skal lære seg å leve med dei nye begrensingane må sjukepleiaren fungera som vegleiar når det gjeld informasjon, mestring, læring og undervisning. At pasienten får møte andre i lik situasjon og delta på diverse undervisning på ryggskolar og mestringssenter, kan fremja pasientens mestringsevne (Lohne, Raknestangen, Mastad & Kjærnes, 2010, s. 191-192).

2.3 Livskvalitet hos pasientar med ryggmargsskade

Fokuset rundt livskvalitet har auka innan sjukepleie med åra. Ei viktig årsak er at fleire i dag lev med kroniske sjukdommar. Hos pasientar med slike sjukdommar bør målet være best mogleg livskvalitet, tross begrensinga sjukdommen gir dei (Rustøen, 2010, s. 29).

Livskvalitet kan sjåast frå mange synspunkt. Innan psykologi vektlegg Siri Næss at livskvalitet inneber glede, engasjement og kjærleik, sjølvrespekt og oppleving av mening med livet (Rustøen, 2010, s. 32-33). Sjukepleiar Carol Ferrans i Rustøen (2010) meiner at kartlegging av pasientens livskvalitet vil gi sjukepleiaren ei betre forståing for korleis sjukdommen påverkar pasienten. Ho delar begrepet livskvalitet inn i fire områdar: 1) Helse og fysisk funksjon, her kan ein sjå på mobilitet, fysiske symptom og evne til å ta vare på dei ein har ansvar for. 2) Innan det psykiske/åndelege området ser ein på tilfredsheit med livet, usikkerheit og stress, oppnåing av mål, sjølvbilete, åndelege forhold/religion, depresjon, mestring, tryggleik, kontroll over livet sitt og entusiasme. 3) Det sosioøkonomiske området rommar arbeid, økonomi og sosialt liv og støtte. 4) Familieområdet handlar om forhold til ektefelle, born, anna familie og deira tilfredsheit og lykke. Innan for desse fire områda er det viktig å sjå på kvalitet over kvantitet. Det er pasientens *eiga* oppleving av områda som utgjør nivået av livskvalitet (Rustøen, 2010, s. 32-34).

2.3.1 Håp og mestring i forhold til livskvalitet

Menneskjer som håpar har vist at dei lev betre. Som sjukepleiar vert det då ei viktig oppgåve å støtte pasienten, og erkjenne at ei god framtid er mogleg. Håp er knytt til ei betre framtid, i tillegg til å gjera notida betre og uthaldande. Men om ein håpar, er også skuffelse mogleg. Tolmodigheit og tillit gjev pasienten mot til å håpe. Håp har ein motiverande effekt for den sjuke, i den grad at håpet skapar vilje, som førar til auka motivasjon i retninga håpet peikar. Håp skapar glede. Glede gjer at pasienten følar seg tilfreds og skapar positive opplevingar. Dermed er det ikkje sett i stein at alle håp *må* oppfyllest for å få ei positiv effekt (Lohne, 2010, s. 108-120).

Som sjukepleiar må ein raskt sjå korleis pasienten oppfør seg. Dersom han vert likegyldig, kan han raskt gi opp tidlegare interesser, til og med kontakt med venner og familie. Det er sjukepleiaren sitt ansvar å være tilstade, lytte til pasienten når han har noko og sei, og når han ikkje har noko å sei. Det å vera i nærleiken av pasienten, og ikkje godta at han isolerer seg, kan

bidra til at pasienten til slutt klarar å nå botn, før han tar sats å kjem til overflata igjen. Han treng nokon som visar at han ikkje er aleine, sjølv når han gir uttrykk for at det er alt han vil. Denne teknikken er også svært hjelpsam for at pasienten skal føle tryggleik til å håpe. Tryggleiken skapast blant anna av omgivningar og relasjonar. Når ein gir pasienten informasjon om sjukdommen, bør ein vektleggje det positive. Om ein visar ein statistikk der det mest sannsynleg er negative konsekvensar av sjukdommen, bør ein vise at det på den andre sida er personar som faktisk har fått positive konsekvensar. Dette er med å bevare håpet (Lohne, 2010, s. 108-120).

Mestring vil generelt seia at ein utviklar seg, tilpass seg og lærar nye ferdigheitar. Det er ikkje alle problem det finnes ei løysing til, men det finnes mestrings-moglegheiter. For å mestre krav og utfordringar, brukar ein mestringsstrategiar. Desse strategiane hjelper personen med å bevare sjølvbiletet sitt, finne ei mening og ha personleg kontroll over problema sine. Ein av strategiane er problemorientert mestring, her går personen aktivt og direkte inn for å løyse problemet sitt. Ein annan retning kan vera emosjionsorientert mestring, personen brukar strategiar for å endre si eiga oppleving av situasjonen, i motsetning til å endre sjølvve situasjonen. Om ein endrar meiningsinnhaldet i situasjonen, samt reduserer intensiteten av følelsane ein har for denne vendinga i livet, kan dette gjera ubehaget lågare. På denne måten kan ein oppnå kontroll over følelsane, situasjonen og seg sjølv generelt. For å finne denne meninga i livet, eller for situasjonen, ser ein på meiningsorientert mestring. Ein må finne verdiane i livet vårt, og kjempe for å realisera dei. Her finner ein tre kategoriar innan verdi. Skapande verdiane er å handle, yta og være aktiv, og på denne måta finne ei mening. Opplevingsverdiane er å nyte, oppleve og ta imot, ein finner meninga gjennom kjærleik, kunst og natur. Den tredje, innstillingsverdien, dreier seg om den innstillinga og haldinga ein har, ein må kunne sjå moglegheiter til tross for motgang, og dermed finne ei mening. For å følgje desse strategiane, må ein kanskje gje slepp på uoppnåelige mål, og setja seg nye. Personen vil ved slike strategiar kunne finne fordelane ved situasjonen sin, og finner meninga bak (Reitan, 2010, s. 78-81).

Sommerschild beskriv to nøkkelpunkt i det å mestre livets utfordringar Den første er tilhørighet, å ha eit tett forhold til ein person du stolar på, nokon du føler deg trygg med. Møtet med livet vert dermed ikkje så belastande når ein har ei støtte og ressurs i ein annan person. Dermed kan personen skapa ein eigen motstandskraft. Det andre punktet er kompetanse, å føla at ein er til

nytte for noko. Å bidra med sin kunnskap og si kraft kan føre til ei oppleving av auka eigenverdi. Slik eigenverd kan styrka evna til å mestre livet. Men for at dette skal kunne fullførast, må personen få oppgåver han kan mestre som står i samspel med dei moglegheitene han har. Når ein har grunnsteinar som tilhørighet og kompetanse, har ein større motstandskraft til å takle livets utfordringar (Reitan, 2010, s. 82-83).

2.3.2 Sjukepleie og livskvalitet

Utgangspunktet for sjukepleia ein skal utøva skal ikkje berre handla om sjukdommen. For å oppnå høgast mogleg livskvalitet må ein også ha stort fokus på pasientens *reaksjon* på sjukdommen, symptoma, og behandling. Hos ein pasient som ikkje har moglegheit til å bli heilt frisk, skal ein fokusera på ressursar og moglegheiter, ikkje plagar og avgrensingar (Rustøen, 2010, s. 29). Som sjukepleiar kan ein setja i gang ulike intervensjonar. Ein av desse er å få pasienten med på gruppemøter med andre i same situasjon. Dette kan hjelpe pasienten med å få oppfylle følelsen av fellesskap og forståing, samt høyre andre sine opplevingar (Rustøen, 2010, s. 46).

Som sjukepleiar har ein ei viktig rolle i å styrkje mestringsprosessen og håpet. For mestringsprosessen er det ulike tiltak for dei tre prosessane emosjonsorientert-, kognitivorientert- og problemorientert mestrings. For å bearbeide følelsar og reaksjonar på krisa ein møter i livet, snakkar vi om emosjonsorientert mestrings. Først og fremst må sjukepleiaren innleie ein samtale med pasienten, og kartleggja kva pasientens eigne ressursar er. Ein bør ikkje ta opp spørsmål om emne pasienten allereie har opplyst om, eller trenge seg for langt inn på pasienten. Frå ein slik samtale vil sjukepleiaren få ei oversikt over pasientens følelsar, reaksjonar og mål, samt pasienten får moglegheit til å sjølv bli klar over kva moglegheiter han har som vil medverka til ei oppleving av verdigheit og myndiggjøring. I samtalen bør sjukepleiaren stilla opne spørsmål slik at pasienten kan fortelje så breitt han kan om temaet. Spør gjerne om kva som har betydning for pasienten, er det familie? hobby? religion? Det som er viktig for pasienten, er han som oftast villig til å kjempe for. For at pasienten skal kunne opne seg opp til sjukepleiaren, må ein skape tillit, pasienten må føle seg trygg til å dele sine tankar og gi av seg sjølv. Pasienten skal føle seg trygg på å leite fram følelsar, få ut aggresjon og andre kjensler han har. Som resultat av samtalen,

bør ein finne fram kva utfordringar pasienten har, kva krav som står hos pasienten og kva ressursar pasienten har til å mestre dei (Reitan, 2010, s. 92-98).

Ved kognitiv orientert meistring skal ein fokusera på å gjera situasjonen til pasienten så forståeleg og stabilt som mogleg. Dette kan opne opp for ei mental førebuing av kva som er i vente, og kva pasienten går igjennom no. Som sjukepleiar kan ein medverke ei slik meistring ved å gi pasienten informasjon han forstår og har bruk for slik at han klarar å mestre kvardagen. For at situasjonen skal være mest mogleg stabil, må pasienten få god informasjon av kva som kjem til å skje vidare. Dette vil også gi pasienten ei kontroll over eigen situasjon der han er med i avgjersler (Reitan, 2010, s. 98-99). Pasienten har *rett* på nødvendig informasjon. I pasientrettighetslova §3-2, står det blant anna at «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» (Lovdata, 2015). Under yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar står det også at sjukepleiaren har eit ansvar ved å gi tilstrekkeleg informasjon, slik at pasienten kan gi eit informert samtykke til pleie og behandling (Norsk Sykepleierforbund, 2011)

Problemorientert meistring handlar om å løyse eit problem, eller lære seg å leve med det. Det oppstår blant anna nye måtar ein må takle kvardagen på og ei ny rolle i det sosiale liv. For å kunne løyse eit problem, kan sjukepleiaren være medhjelpar ved å kartleggje kva problemområder det finnes, og kva som må gjerast for å nå målet ved å løyse det eller tilpasse seg det. Saman med pasienten bør det lagast klare mål for framtida. At pasienten arbeidar mot egne mål, kan være motiverande. Det luraste er kanskje ikkje å setja seg eit stort mål av kva ein til slutt vil ha oppnådd, men heller små reelle og kortsiktige mål. Pasienten bør få være kravsetjar og sjølvstendig, dette vil betre livskvaliteten og pasienten får ei myndiggjøring slik at han oppnår kontroll. Sjukepleiaren bør vegleie pasienten til å også bruke ressursar som fins i helsetenesta og andre organisasjonar som kan hjelpe. Samt være med å planleggja tiltak og oppmuntre pasienten til å gjennomføre dei. Så snart og godt det lar seg gjøre, bør pasienten kome seg ut i det sosiale dagleglivet og fortsetja med hobby og andre kvardagslege gjøremål som vart utført før sjukdommen (Reitan, 2010, s. 101-103).

3 METODE

3.1 Kva er ein metode?

Ein metode er ein framgangsmåte. Metoden fortel forfattaren korleis ein skal samle data frå forskning, litteratur og/eller andre plattformar. Målet er å ha ein bevisst framgangsmåte for å samle kunnskapen ein treng for å løysa eit problem og gjera reie for resultatet (Dalland, 2014, s. 111-112). Denne oppgåva har «systematisk litteraturstudie» som metode. Det vil bli samla data frå både kvalitative og kvantitative studiar, samt teori frå bøker. Dalland (2014) beskriv den *kvantitative* metoden som ein studie som visar fram data i form av tall og prosentandelar. Ein vil til dømes finne fram til kor stor del av gruppa som meiner A, og kor mange som meiner B. Det vert ikkje tatt med personlege meingar eller erfaringar frå deltakarane, som ein vil finne i ei *kvalitativ* studie (Dalland, 2014, s. 112-113).

3.2 Systematisk litteraturstudie

Systematisk litteraturstudie som metode definerast av Mulrow og Oxman som ei tydeleg formulert problemstilling, som vert løysa systematisk ved å identifisera, velja, vurdere og analysere relevant forskning. Steg for steg så handlar det om å systematisk søkja, kritisk granska og deretter framstilla litteraturen innan eit valt emne eller problemstilling (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-32).

Denne studia følgjer kriteria Forsberg og Wengström legg fram for ei systematisk litteraturstudie: Klar problemstilling, tydeleg beskriven kriterier og metodar for søking og val av artikkelar, alle relevante studiar er inkludert, studiar er kvalitetsbedømt, svake studiar vert valt bort, meta-analyse vert brukt (ei analyse av ei rekkje data frå fleire studiar), samt ei bedømming av resultat og data. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-32).

3.3 Framgangsmåte

Databasa som vart nytta for å finne helsefagleg og relevant litteratur er CINAHL. Det er leita etter artikkelar frå fleire helsefaglege databasar som OVID, svemed+ og evidence based nursing, men resultat der var mindre, samt mange av dei relevante artikkane allereie var funnen på

CINAHL. Søkeord som vart nytta for å finne litteratur om livskvalitet og tetraplegia var quality of life, tetraplegia, spinal cord injury, hope, nursing, nursing care, nursing interventions og Norway.

3.3.1 Tabell – CINAHL

Søket vart gjort på CINAHL, 16.01.2015.

Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat (antall)
S1	Quality of life	Full text Publisert: 2000-2015	16795
S2	Tetraplegia	Full text Publisert: 2000-2015	249
S3	Spinal cord injury	Full text Publisert: 2000-2015	2284
S4	S1 and S2 and S3		19
S5	S1 and S2		24
S6	S5 and NURSING		0
S7	S1 and S3 and NURSING	Publisert: 2003-2015	10
S8	S2 and NURSING and HOPE		0
S9	S3 and NURSING and HOPE	Publisert: 2004-2012	8
S10	S1 and S3 and NURSING CARE	Publisert: 2003-2011	3
S11	S1 and S3 and NURSING INTERVENTIONS	Publisert: 2004-2012	2
S12	S1 and S3 and NORWAY	Publisert: 2004-2011	3

Frå søk nr S4 vart artikkel nr. 8 «fatigue and spinal cord injury: a qualitative analysis» av Hammel, K. W. et al. (2009) valt.

Frå søk nr S5 vart artikkel nr. 1 «a comparative review of life satisfaction, quality of life and mood between chinese and british people with tetraplegia» av Songhuai, L., Olver, L., Jianjun, L., Kennedy, P., Genlin, L., Duff, J. & Scott-Wilson, U. (2009) valt.

Søk nr 7 gav artikkel nr. 5 «psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature review» av Peter, C., Müller, R., Cieza, A. & Geyh, S. (2012) valt.

Etter søk nr. 9 vart artikkel nr. 1 «the power of hope: patients' experience of hope a year after acute spinal cord injury» av Lohne, V. og Severinsson, E. (2006) valt.

3.4 Metodekritikk

Som beskriven over skal ein i ei systematisk litteraturstudie finne forskingsartiklar. Dette har ein klar gode ved at oppgåva inneheld oppdatert kunnskap, og kunnskap frå sjølve pasientane. Det negative ved metoden er at det ser ut til å være lite forskning rundt temaet som er valt for denne studia. Det er vanskeleg å finne artiklar som går på kva *sjukepleiaren* kan gjera for å bidra til at pasienten fremjar si eiga livskvalitet. Få artiklar er kvalitative og har ein klar konklusjon på kva helsepersonell bør gjer i møte med ryggmargskadde. Dei fleste artiklane som vart funnen, hadde som resultat at det trengs meir kvalitativ forskning, og fleire resultat som kan gi sjukepleiaren ei peikepinn på korleis dei skal utføre arbeidet sitt for å fremja pasientens livskvalitet. På den andre sida fortel nokre av artiklane godt kva som bør være fokuset for slike pasientar, og kva helsepersonellet bør fokusera på, men elles lite konkrete tiltak.

I starten av søkeprosessen til denne studia var fokuset på enkelte søkjeord som «quality of life» og «tetraplegia», det tok nok for lang tid før søkeprosessen starta på andre ord innanfor livskvalitet som til dømes «hope». Hadde forfattar starta tidlegare med dette, kunne artikkelvala vore annleis. Samtidig vart det mest fokusert på databasen CINAHL, då dette er den databasa som hadde mest utval. Seinare starta prosessen i andre databasar. Det vart brukt for lang tid på å forstå dei nye databasane. Likevel var det mindre utval av artiklar på desse søkjemotorane, og fant for det meste berre relevante artiklar som allereie var funnen på CINAHL. Alle artiklane som er valt har ein relevans for denne oppgåva. I analyse delen av metoden vart det brukt sjekklister frå kunnskapssenteret.no for å kvalitetssikre artiklane.

3.5 Etiske overveielser ved studien

I Dalland (2014) står det at menneskjer som er deltakar i ein undersøking gir av seg sjølv og dei utgir personleg informasjon som dei stolar på vert brukt til rett formål, som behaldar deira integritet og anonymitet. I ei studentoppgåve som denne er det derfor viktig å være etisk oppmerksom på korleis ein handtera kjeldene og framstill dei. Innan forskningsetikk skal ein planleggje, gjennomføre og rapportere, dette vil være eit arbeid som skal sikre ei truverdighet av resultata, i tillegg til å ivareta personvern av deltakarane (Dalland, 2014, s. 95-96, 107 og 109). Med dette vert det fokus på å alltid referere til rett kjelde og å ha ei reieleg framstilling av andre sine tekstar. I denne studia vert det brukt forskning som er utført av andre. 2 av artiklane er godkjent av ein etisk komité, 1 artikkel sertifiserer at dei har følgd all lovverk angående etikk i bruk av frivillige deltakarar, og den siste er ei systematisk litteraturstudie som har systematisk valt ut 83 av 1530 artiklar etter prosess med å til dømes bedømme artiklane sin gyldigheit og bruk av studiekvalitets vurdering. 1 artikkel er publisert i *Journal of Clinical Nursing*, medan resten er publisert i *Spinal Cord*. I teoridelen av denne oppgåva vert det så godt som mogleg brukt primærkjelder, samt korrekt referering for å unngå plagiat.

4 RESULTAT

4.1 Artikkel 1

I denne Kanadiske studia «*Fatigue and spinal cord injury: a qualitative analysis*» av Hammell et al. (2009) handlar det om fatigue etter ryggmargsskade og kva faktorar deltakarane ser på som årsak til fatigue. Denne kvalitative studia går ut på at 21 personar med ryggmargsskade, 2 familiemedlem, 2 assistentar og 4 terapeutar skal svare på spørsmål om kva deira oppleving med fatigue er i forhold til ryggmargsskada, og kva faktorar som spelar inn for å skape fatigue. Det kom fram i denne studia at faktorane som vart assosiert med fatigue var smerter, depresjon, håplausheit, bivirkningar på medikament, dårleg søvn, spasmer, dårleg kroppsstilling, diett og anstrengelse ved å utføre rutinar. Deltakarane uttrykte utmatting, både på grunnlag av smerter og det å måtte kartleggje alt i hovudet før ein skulle utføre ei hending. Dei brukte energien sin på det som *måtte* gjerast, og var ikkje i stand til å nyte andre aspektar i livet. Å være utmatta førte til depresjon, som førte til håplausheit for å nokon gong få ei meiningsfull eksistens. Livskvaliteten

etter ein ryggmargsskade er assosiert med sosial tilstadeværelse. Mange med denne skada vel bort dette pga. utmattinga. Fatigue har ei seriøs innverknad på livskvaliteten, saman med depresjon og smerter. Som konklusjon drar forfattarane fram at livskvaliteten vert redusert etter ei ryggmargsskade.

4.1.1 Kritisk vurdering

Denne studia vart vurdert med ei kvalitativ sjekkliste. Artikkelen framstill formålet ved studia og problemstillinga godt, samt ei tydleg framlegging av korleis data vart samla, vurdert og lagt fram. Data vart også samla frå personar som er nær pasientane, dette gjer at ein får ei forståing av problemet sett utanfor. Studia er godkjent av ein etisk komité. Det kjem tydleg fram i denne studia at fatigue har ein påverkande faktor angående livskvalitet, mestring, ei meining med livet og håp, som gjer artikkelen relevant. Pasientane i studia har skadar frå C3 til L1, og fleire av deltakarane hadde skadar innanfor avgrensinga til denne studia. Det ser ut til å vera lite studiar som berre tar for seg skadar på cervicalnivå, og desse studiane ser ut til å gå ut frå si eiga problemstilling og konkluderer med at det finst for lite forskning som berre tar for seg ei høg ryggmargsskade. Artikkelen er vurdert som relevant for problemstillinga til denne studia.

4.2 Artikkel 2

I den kinesiske studia «*A comparative review of life satisfaction, quality of life and mood between chinese and british people with tetraplegia*» av Songhuai et al. (2009) handlar det om forskjellane og likskapane kinesiske- og britiske personar med tetraplegia har i forhold til livskvalitet. Studia er av kvantitativ forskning der 22 kinesiske- og 22 britiske personar med tetraplegia. Funna som vart analysert baserte seg rundt livskvalitet, verdi og meining med livet, angst og depresjon. I resultatata visar studia at britane var meir fornøgd enn kinesarane når det gjaldt yrkessituasjon, økonomisk situasjon og familieliv. Det viste ingen signifikant forskjell på nasjonsgruppene når det gjaldt livet som heilheit, eigenomsorg, fritid, seksualliv, vennskap, meining med livet og livskvalitet. I denne studia vert livskvalitet framstilt som det synet personen sjølv har på sin livssituasjon i relasjon til kultur og verdiar. Ein av dei store momenta som vart lagt fram, var håplausheita og stresset ved å ikkje klare og mestre.

4.2.1 Kritisk vurdering

Ei vurdering vart gjort av artikkelen ved bruk av sjekklister for prevalensstudie. Problemstillinga og formålet ved studia kjem tydeleg fram i både overskrift og artikkeltekst. Metoden dei har valt (kvantitativ) gir ei god oversikt over data og kva resultat dei har fått. Befolkninga, alder, kjønn og liknande er tydeleg beskriven. Det er klart formulert korleis framgangsmåte dei har hatt for å samle data. Det er også oppgitt kva som vart ekskludert frå studia, og kvifor. Målemetoden dei har valt er «Fugl-Meyer Questionnaire of Life Satisfaction» som tar for seg fleire punkt innan tematikken i studia. Datasamling, resultat og drøfting er godt presentert i artikkelen saman med fleire oversiktstabellar. Det visar seg at personar som er ramma av denne lidinga, men lev i forskjellige kulturar og geografisk setting, også har dei same problema og utfordringane. Samt er dette ein av dei få artiklane som tar for seg tetraplegia eksklusivt, og denne vart vurdert som mest relevant blant desse. Deltakarane i studia er med frivillig, og det sertifiserast at alle etiske regelverk for bruk av frivillige menneskjer er følgt. Studia vert inkludert, då den har brukande resultat om livskvalitet og mening med livet hos personar med tetraplegia.

4.3 Artikkel 3

Den sveitsiske og tyske studia «*Psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature review*» av Peter, Müller, Cieza og Geyh (2012) tar for seg dei psykologiske ressursane som ligg i menneskja. Det er ein oppsummeringsartikkel som har samla data frå 83 kvantitative studiar, som omhandlar forskjellige psykologiske faktorar og mental helse hos pasientar med ryggmargsskade. Dei psykologiske ressursane som vert omtalt her inneber kunnskap, ferdigheitar, erfaringar, styrker og oppførselsmønster. Dei vert brukt av pasientane til å handtera vanskelege situasjonar og behalde verdiane sine.

Forfattarane forklarar at ei ryggmargsskade har både fysiske, sosiale og psykiske konsekvensar. Desse pasientane har ein høgare risiko for depresjon, angst, post-traumatisk stress og sjølv mord, enn resten av populasjonen. Etter analyse av dei forskjellige studiane finn dei fram nokre nøkkelpunkt:

Sjølv tillitt: God sjølv tillitt viste høg livskvalitet, betre seksuell tilpassing og mindre depresjon, stress og einsamhet. Faktora som spelte inn på sjølv tillita var kor sjølv fungerande dei var.

Følelse av samanheng er forklart som ein følelse der ein ser på verda som forståeleg, handterbar og meningsfull. Studiar viste at desse pasientane hadde høgare livskvalitet. Ei av studia viste også korleis eit smertebehandlingsprogram hjalp pasientar med å halde dette stabilt, medan kontrollgruppa utan denne behandlinga hadde ein nedstigande følelse av samanheng.

Spiritualitet og ei meining med livet: Pasientane som innebar slike kvalitetar viste betre livs-satisfaksjon, mental helse, velvære og tilpassing.

Håp og optimisme for framtida påverka livskvaliteta. Håpefulle personar viste aksept til mestrings-strategiar, og hadde god sosial støtte.

4.3.1 Kritisk vurdering

Artikkelen av Peter et. al er vurdert ved hjelp av sjekklister for oversiktsartikler. Prosessen ved å luke ut dei mest relevante artiklane blant 1530 studiar er godt dokumentert i tekst og tabellar. Datasamling, problemstilling og formål ved studia er tidleg presentert, og visar til at slike studiar som denne kan hjelpe helsepersonell i å finne tiltak. Blant dei 83 artiklane som er analysert og framstilt, visar dei ærlege forklaringar. Resultat er systematisk og tydleg lagt fram, og visar nøkkelpunkt innan psykologiske ressursar hos pasientane som har mykje relevans til problemstillinga i denne oppgåva. Det er ikkje tydleg lagt fram klare tiltak til helsepersonell, forutanom at dei bør vera ressurs- og personorienterte, men har derimot mykje god informasjon som kan brukast i lag med annan teori for å finne sjukepleiartiltak. Det er også berre tatt for seg kvantitative studiar, og som forfattarane sjølv seier kunne det med fordel vert brukt kvalitative for å få ei djupare forståing av faktorane. Likevel er det mykje ved datasamlinga og resultatata i artikkelen som kan brukast for å utforske kva retning ein bør sjå for å løyse problemstillinga i denne oppgåva.

4.4 Artikkel 4

Den norske studia «*The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury*» av Lohne og Severinsson (2006) tar for seg korleis håp kan hjelpa pasientar etter ei ryggmargsskade, og kva sjukepleiarar kan bidra med for å styrke håpet. Det er ei kvalitativ studie som baserar seg på intervju med 10 personar, eitt år etter skaden. Deltakarane var mellom 23-77

år og har skadar på nivåa C5 til L4. 8 personar vart skada etter trafikkulykke eller fall og 2 etter indre vaskulære skadar. Alle var uventa og akutte.

Deltakarane hadde ikkje gitt opp håpet og meinte dette var nødvendig for å komme seg igjennom livsomvendinga. Ein 23 år gammal mann fortel at notida vert lettare, sjølv på det verste, når ein klarar å sjå ei lysare framtid. Han var ramma med tetraplegi, men håpet fekk han til å strekkja seg lenger, og lev no nærast symptomfri. Ein annan deltakar fortel korleis håpet motiverte til trening, og når dette gav resultat, auka det igjen håpet. Forfattarane i studia fekk eit spørsmål under intervjuet: er håpet basert på å ha eit fint liv, sjølv med ein ryggmargsskade, eller er håpet basert på ei gjenvinning av funksjon? Etter diskusjon med deltakaren, kom dei fram til at håpet mot eit godt liv, til tross for skada, burde vera i fokus. Det er ikkje alle som tør å håpe, men her vart ei samanlikning dratt fram frå eine deltakaren: det å ikkje håpe i frykt for skuffelse, er som å aldri ville forelske seg i frykt for å bli forlatt.

Mange hadde eit positivt syn på tilstanda si, til den grad at det har medført personleg vekst, eit nytt perspektiv på livet (har fått meir enn dei har mista) og har ei glede over ting som før vart tatt for gitt. Som konklusjon drar forfattarane fram at sjukepleiaren bør fokusera på intervensjonar som baserar seg på emosjonelle- og motiverande strategiar. For å styrka pasienten ville dei ikkje høyre om teoretisk kunnskap, fakta og forklaringar, men heller lytte, gi emosjonell støtte og balansera realisme og håp. Fokuset i kommunikasjonen burde vera på pasientens personlege utvikling og oppmuntring til å få eit godt liv, sjølv med ryggmargsskade. Til sjuande og sist var håpet sett på som ei inspirasjonskjelde for rehabiliteringa og betringa.

4.4.1 Kritisk vurdering

Denne studia er vurdert ved bruk av sjekklister for kvalitative studiar. Hensikta bak studia er tydleg formulert, og ei kvalitativ tilnærming på problemstillinga ser ut til å være den rette vegen å gå. Datasamlinga er godt framstilt, og visar kvart steg dei har tatt i prosessen. Studia er godkjent av ein norsk, etisk komité. Deltakarane i studia fekk skada si frå ulykker eller ei indre vaskulær skade. Sjølv om ei indre vaskulær skade ikkje samsvarar med avgrensing av problemstillinga i denne oppgåva, var det berre to av deltakarane som hadde dette som årsak, og det var likevel uventa og akutte skadar. Frå artikkelen er det mange gode innspel og informasjon frå deltakarane

som kan gi denne oppgåva ei retning bak problemstillinga i forhold til håp. Samt er resultatane framstilt på ein oversiktleg og profesjonell måte ved bruk av både tekst og tabell, som gjer det mogleg å gripe kva dei ynskjer å formidle. Studia har også tatt med kva intervensjonar og kva fokus sjukepleiaren bør ha. Studia er dermed svært relevant, og vert med i denne studia.

4.5 Oppsummering av hovudfunna

Hovudfunna frå desse artiklane ser ut til å være at ei ryggmargsskade følgjer med seg mange psykiske konsekvensar. Det kan oppstå fatigue, som kan føre til håplausheit og andre negative følelsar som kan påverka meistring, håp og meininga med livet. Energien deira brukar dei på oppgåver dei *må* gjere, og vert dermed for utmatta, både fysisk og psykisk, til å gjere aktivitetar dei har interesse for. Fleire faktorar påverka livet deira. Til dømes kjem det fram at å mestre kvardagen og være mest mogleg sjølvstendig, auka sjølvtillita, som igjen aukar livskvaliteten og motarbeider negative følelsar som stress og depresjon. Dersom ein hadde ei meining med livet og/eller ein spiritualitet viste det seg at velvære og den mentale helsa var betre. Deltakarar som hadde håp, aksepterte meistringstrategiar og viste god livskvalitet. Håpet var nødvendig for å takle livsomvendinga og gjorde notida lettare. Håpet motiverte også til trening, som igjen kunne gi resultat, og dermed auka håpet igjen. Sjukepleiaren burde i setting med ryggmargsskade fokusera på emosjonelle- og motiverande strategiar og den personlege veksten hos pasienten. Vidare burde fokuset liggja på at håpet skal rette seg mot eit godt liv med skaden, og ikkje auka eventuelle urealistiske håp om ei gjenvinning av funksjon. Studiane visar klart at livskvaliteten vert lågare hos personar etter ei ryggmargsskade, men på den andre sida visar dei mykje gode resultat på kvar fokuset bør vera, og også kva nokre pasientar synast er positivt med det nye livet deira.

5 DRØFTING

5.1 Sjukepleie til pasientar med ryggmargsskade

Sjølv om denne gruppa ikkje er størst på kvantitet, er det viktig med god kunnskap om sjukepleie innan temaet. Som Peter et. al (2012) skriv, har ryggmargsskadar alvorlege konsekvensar innan

det fysiske, psykiske og sosiale. Pasientane har høg risiko for depresjon, angst, posttraumatisk stress og sjølvsmord.

Hammel et al. (2004) visar at livskvalitet har blitt det ultimate målet innan rehabiliteringa. Men ein skal ikkje gløyme den grunnleggjande sjukepleia, som gjerne er å lindre det fysiske. Travelbee (1999) fortel at dersom sjukepleiaren ikkje tar seg av dei fysiske behova, vil kanskje ikkje pasienten opne seg for psykisk støtte og hjelp. Som Lohne et al. (2010) beskriv er ofte dei fysiske behova ein må vera obs på smerter, spasmar, urin- og tarm regulering, samt temperatur, blodtrykk og puls. Dette kan støtte seg på det artikkelen av Hammel et al. (2004) seiar, som også tilføyr punkt som rett kroppsstilling og biverknad på medikament. Ei skade på C5-C6 er eit av dei høgaste, og som Bertelsen (2011) beskriv, aukar alvorlegheitsgrada desto høgare skaden ligg. Personen vert kanskje ramma med tetraplegia, noko som tilsvara ei paralyse av heile kroppen (Lohne, et al, 2010). Slik skade treng assistanse, gjerne frå sjukepleiar. I punkt 2.2.1 er det beskriven kva pasientar i denne grupperinga klarar, det ser dermed ut til at assistanse for skadar i C5 er regulering av urin- og tarm, medikament og dei fleste daglege aktivitetane. Ved opp-trening kan dei derimot klara å ete sjølv, styre rullestol sjølv og bruke olbogar og skuldrar. For pasientar med skade i C6 ser det ut til å være mykje det same, berre desse er hakket meir sjølvstendige. Dette er viktige punkt, for som beskriven over: ein må ta vare på alle fysiske behov, for at pasienten skal føle tryggleik til å opne seg til sjukepleiaren (Travelbee, 1999).

5.2 Sjukepleie og livskvalitet til pasientar med ryggmargsskade

God livskvalitet er som sagt hovudmålet hos pasientar med ryggmargsskade (Hammel et al., 2004), dette støtter Rustøen (2010) som skriver at god livskvalitet, tross sjukdommen, bør være målet for pasientar med kronisk lidning.

Meleis (2007) skrivar om Travelbee sitt synspunkt, som er å få pasienten til å leve med sjukdommen og læra fra erfaringa den har gitt. For å påverke pasienten i ein slik retning, må ein bli kjent med pasienten, då menneskelege relasjonar hjelper pasientar å kome styrka ut frå sjukdomsbiletet. Kommunikasjon vert nøkkelen. Ser ein på punkta Rustøen (2010) legg fram, kan kommunikasjonen gjerne dreie seg rundt pasientens reaksjonar på sjukdommen. Hos kronisk sjuke skal ein ikkje fokusera på plagar og avgrensingar, men ressursar og moglegheiter. Men her

må ein ikkje heilt gløyme ut plagar og avgrensingar, då dette er viktige punkt å sjå for å hjelpe pasienten, som Travelbee (1999), Lohne et al. (2010) og Hammel et al. (2004) belys. Men ein bør kanskje ikkje fokusera mest på desse områda, og stadig minne pasienten på dei avgrensingane han har. Kommunikasjon og intervensjon bør for det meste fokusera på emosjonelle- og motiverande strategiar som å lytte, støtte og balansere realisme og håp (Lohne & Severinsson, 2006). Rustøen (2010) skriv at sjukepleiaren bør kartleggje pasientens livskvalitet. Her bør ein fokusera på punkt som inneber fysiske symptom, følelsar, usikkerhet, stress, mestring, tryggleik, kontroll over livet og sosialt liv og støtte. Det er ved ei slik kartlegging ein finner ut korleis pasienten ser seg sjølv og sin situasjon, dette er vesentlig då livskvaliteten berre kan avgjerast av personen sjølv, og ein kan vidare finne ut kva områder ein bør endre, eller endre innstilling rundt. Som Travelbee (1999) seier, har pasientens eget syn på sjukdommen alt å seia for korleis han taklar det. Og i følgje Lohne og Severinsson (2006) skal fokuset i kommunikasjonen ligge på pasientens personlege vekst og ei oppmuntring til det å få eit godt liv, tross ryggmargsskaden. Som sjukepleiar har ein ei rolle ved å vegleie pasienten til å bruke rette ressursar, også frå helsetenesta og andre organisasjonar, samt planlegge tiltak og oppmuntre til å gjennomføre dei (Reitan, 2010). Pasienten bør få informasjon og tilbod om å delta på gruppemøter med andre i lik situasjon, då dette kan føre til ei oppleving av fellesskap og forståing. Hammel et al. (2004) skriv at mange vel bort det sosiale, då dei er utmatta av smerter, håplausheit og anstrengelse ved rutinar dei *må* gjer, slik at dei ikkje har energi til det dei *vil* gjer. Dette er bekymrande då han vidare beskriv at livskvaliteten hos ryggmargsskadde er assosiert med sosial tilstadeværelse. Reitan (2010) belys også kor viktig det er at pasienten og familien fortsett med sitt sosiale liv så snart det lar seg gjere, for å fremja livskvaliteten. Hammel et al. (2004) seier at livskvaliteten er tydelig redusert etter ryggmargsskade. Derfor bør ein etter mi meining fokusera meir rundt slike områder som er nemnt over, for å betre dette dårlege utgangspunktet ein kan sjå hos mange ryggmargsskadde. Peter et al. (2012) visar fram nokre nøkkelpunkt som har påverknad på livskvaliteten. Personar med *sjølvtilitt* viste god livskvalitet og hadde mindre negative konsekvensar som depresjon og stress, dette oppnår ein ved å bli mest mogleg sjølvfungerande. Dette kan støtta seg på Ferrans teori i Rustøen (2010) der det står at sjølvbilete er eit av dei psykiske viktigheitspunktta ved livskvalitet. Vidare fortel Peter et al. (2012) at eit *positivt syn på framtida* hadde innverknad på korleis pasientane klarte å mestre kvardagen, samt det sosiale. Med alt dette kjem håp og mestring inn i biletet.

5.3 Håp og mestring i forhold til livskvalitet

Håp har ein motiverande effekt som skapar glede og vilje. Men det er ikkje alle som tør å håpe, då det er moglegheiter for skuffelse (Lohne, 2010). Som beskriven over skal sjukepleiaren prøve å skape ein omsorgsfull relasjon til pasienten for å fremja håpet (Lohne et al., 2010). Dette ser ein igjen i det Travelbee (1999) seiar om at menneskelege forhold hjelper pasienten med å kome seg igjennom lidinga. Dessverre visar Songhuai et al. (2009) at dei store problemområda innan livskvalitet hos personar med tetraplegia, var håplausheit og stresset ved å ikkje mestre.

Som sjukepleiar meiner Lohne (2010) at ein skal støtte pasienten, og erkjenne at ei god framtid er mogleg. Å ha eit håp vil bringe fram glede og gjera notida meir uthaldande. Håpet kan verta trua av ei frykt for skuffelse, pasienten treng dermed tillit og tolmodigheit. Tillita kan pasienten også finne i ein sjukepleiar, her kan ein bruke momenta Lohne og Severinsson (2006) visar om å lytte, gi emosjonell støtte og balansere realisme og håp. I denne artikkelen visar dei også til ei likning som seiar at «det å håpe i frykt for skuffelse er som å aldri ville forelske seg i frykt for å bli forlatt». Travelbee (1999) seier også at å bruke likningar kan ha effekt, slik at dei kan sjå problemet frå eit anna synspunkt. Men håpet bør ikkje bli sett frå eit slikt negativt syn, håpet kan nemleg i følge Lohne (2010) ha svært positive utfall, sjølv om det til slutt kanskje ikkje vert realisert. Håp gir glede, som skapar positive opplevingar for notida, som igjen kan styrke pasienten til å lage nye håp og gi ei vilje til å realisere dei, samt bære byrdene av sjukdommen. Ein kan nokre gonger sjå pasientar i slike vanskelege situasjonar isolere seg, dette har eg sjølv opplevd i praksis, pasienten som inspirerte meg til denne oppgåva ville alltid være åleine, og ville helst ikkje ha helsepersonell hos seg utan at han først tilkalla dei. Ein av oppgåvene til sjukepleiaren vert dermed å ikkje la dette skje. Ein skal vise pasienten tillit og omsorg ved å lytte og vera i nærleiken (Lohne, 2010). Dette gjenspeilast i resultata Lohne og Severinsson (2006) legg fram om at sjukepleiaren bør fokusera på emosjonelle- og motiverande strategiar, som til dømes å lytte og vise at han ikkje er åleine. Ein slik teknikk vil i følge Lohne (2010) gi pasienten tryggleik til å håpe. Men etter mi meining må ein nok finne ein gylden mellomting, for å ikkje invadere pasientens privatliv. Dette kan støtte seg på det Reitan (2010) skriv om å ikkje trengje seg for mykje inn på pasienten. For å skjønne når ein skal trekkja seg ut, og når ein skal bli verande med pasienten, må kanskje det mellommenneskelege forholdet Travelbee (1999) snakkar om verta etablert. For å bevare håpet, bør ein også gi informasjon som vektlegg det positive, ein

skal gi riktig informasjon, men ikkje framstilt på ein negativ måte for pasienten (Lohne, 2010). Håpet skal ikkje fratras, då dette ofte er inspirasjonskjelda i pasienten for betring og rehabilitering, samt det å få eit godt liv med sjukdommen. Generelt skal kommunikasjonen basere seg på pasientens personlege utvikling og oppmuntring til å mestre livet, sjølv med ryggmargsskade (Lohne & Severinsson, 2006). I Denne artikkelen står det også om pasientane sine egne syn, ein av pasientane med tetraplegia seier at håpet var det som fekk han igjennom kvardagen, sjølv på det verste. Det kom også fram at sjukepleiaren bør fokusera på håpet om ei god framtid, sjølv med ei ryggmargsskade, og ikkje på ei gjenvinning av funksjon. Håpefulle personar viste også, i følgje Peter et al. (2012), større aksept til mestringsstrategiar. Dermed er mi meining, at håp mest sannsynleg må etablerast for å kunne gjer sitt beste under mestringsprosessen, det kan være nøkkelen til eit betre liv hos vaksne personar med tetraplegia.

I Ferrans' teori står det at oppnåing av mål og mestring utgjer ein del av livskvaliteten til pasienten (Rustøen, 2010). Ifølgje Lohne et al. (2010) fungerer sjukepleiaren som ein vegleiar i mestringsprosessen. Når ein mestrar så utviklar ein seg, tilpass seg det nye livet og lærar nye ferdigheitar (Reitan, 2010). Eg tenkjer då at mestring er eit av nøkkelpunkta for at personar ramma med tetraplegia skal kome seg vidare i livet, og kunne leve med tilstanda. Dei må tilpasse seg ein heilt ny situasjon, som dei kanskje aldri trudde dei skulle få oppleve før ulykka deira. Som Lohne et al. (2010) skriv, er tetraplegia ein tilstand der du vert paralyisert i alle fire ekstremitetar. Dei vil då måtte lære seg nye teknikkar for å kome seg igjennom kvardagen. Dei må mestre, som då vil føre til ein betre livskvalitet (Rustøen, 2010). I Reitan (2010) står det om Sommerschild som beskriv nøkkelpunkta for å mestre: *Tilhørighet* er å ha eit nært forhold til minst ein person, ein dei følar seg trygg med. Om ein har ressursar i andre personar, vil ein ikkje føle einsamheten ved å takle tilstanda si så sterkt. Ved *kompetanse* vil det seia at pasienten følar dei er til nytte for noko, og kan bruke sin kunnskap og kraft, som vil auke eigenverdien. Oppgåvene her bør stå i samspel med kva pasienten klarar å mestre. Dette ser ein også i det Reitan (2010) skriv. Kunnskap og ferdigheitar er eigenskapar pasientar brukar for å handtera vanskelege situasjonar (Peter et al., 2012). Eg meiner at som sjukepleiar bør ein oppmuntre pasienten til å ta vare på dei nære personane ein har, og dele byrdene sine med dei. Dette kan støtte seg på Travelbee (1999) som seiar om at menneskelege forhold hjelp personar igjennom liding.

Ved emosjonsorientert mestring bør sjukepleiaren ha ein samtale med pasienten der han fortel kva som er viktig for han, kva følelsar og reaksjonar han har med tanke på tilstanda si og kva mål han har. Ein slik samtale gir sjukepleiaren ei forståing av kva pasienten tenkjer, kva utfordringar han har og kva ressursar pasienten eiger. Samtalen vil forhåpentlegvis også gi pasienten ei større forståing for tankane sine og kva som må til for å kome seg vidare. Dersom pasienten skal kunne opne seg til sjukepleiaren, bør ei tillit verta etablert (Reitan, 2010). Viktigheita med tillit kan ein indirekte sjå igjen i Travelbee (1999) sine ord om eit menneske-til-menneske-forhold.

Ved kognitiv orientert mestring bør sjukepleiaren gjer pasientens situasjon så stabil og forståeleg som mogleg. Dette vil gi pasienten sjans til å mentalt førebu seg for kva som er i vente, og kontroll over den noverande situasjonen. For å oppnå dette bør sjukepleiaren gi informasjon pasienten forstår, og informasjon han har bruk for. Dette vil gi han kontroll over kva som skjer vidare, samt vert inkludert i avgjersler angående framtida som aukar mestringsfølelsen (Reitan, 2010). Her får pasienten etter mi meining også bruke sin kompetanse, som beskriven om over. I pasientrettighetslova §3-2 (Lovdata, 2015) står det også at pasienten har *rett* på informasjon, samt dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar (Norsk Sykepleierforbund, 2011) seiar at sjukepleiaren har *ansvar* for å gi informasjon, slik at pasienten kan gi eit informert samtykke til pleie og behandling.

Innan problemorientert mestring får pasienten moglegheit til å løyse eit problem, eller lære seg å leve med det (Reitan, 2010). Dette meiner eg er svært relevant for pasientar med tetraplegia, då det er mykje nytt i livet deira som dei kanskje ser på som «problem», men som ikkje kan endrast. Sjukepleiaren si rolle er å kartlegge problemområda saman med pasienten, og kva som må gjerast for å løysa dei eller mestre det å leve med dei. Saman med pasienten lagar ein klare, kortsiktige mål, det er motiverande for pasienten å arbeide mot eigne mål. Det må også lagast tiltak mot måla og oppmuntre pasienten til å gjennomføre dei (Reitan, 2010). For å fremja mestringsprosessen ytterlegare kan sjukepleiaren gjer som Lohne et al. (2010) seiar om å la pasienten delta på mestringscenter og undervisning på ryggskular. Møtet med andre i lik situasjon kan også i følge Rustøen (2010) gi ei oppleving av fellesskap og forståing. Å høyre andre sine erfaringar om både opp- og nedturar, kan etter mi meining kanskje minske stresset ved og ikkje klare å mestre, som

ein kan sjå i mange pasientar med tetraplegia, i følgje Songhuai et al. (2009). Det å mestre kan, i følgje Reitan (2010), også hjelpe pasienten med å finne ei mening.

5.4 Å finne meninga bak sjukdommen

I følgje Travelbee er eit av måla ved sjukepleie å hjelpe pasienten med å finne ei mening bak situasjonen sin og vekse av lærdommen frå den (Meleis, 2007). Næss seiar også i Rustøen (2010) at ei oppleving av mening i livet påverkar livskvaliteten. For å hjelpe med dette må sjukepleiaren bli kjent med pasienten og sjå behova hans. Å finne ei mening med situasjonen til pasienten, vil kunne hjelpe han i å akseptere det nye livet. Sjukdommen kan faktisk til slutt bli sett på som ei positiv erfaring. Berre pasienten kan tildele situasjonen sin ei viss mening, men andre kan hjelpe han å finne den (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) visar punkt ein kan bruke for å hjelpe pasienten med å finne ei mening med sjukdommen sin. Dersom pasienten ikkje likar samtaleemnet rundt dette, kan sjukepleiaren ta i bruk ord som «vi» og «oss». Då får pasienten eit objektivt syn på samtalen, og det vert kanskje ikkje så trist å snakke om lenger. Travelbee meiner også at sjukepleiarar kan fortelje om egne erfaringar til pasienten om det kan være til hjelp, så sant fokuset ikkje går over på sjukepleiaren sjølv, men framleis ligg på pasienten. Er pasienten religiøs, kan dette trekkjast inn i samtalen (Travelbee, 1999). Å dra inn religion, når ein veit at pasienten har ei religiøs tru, er etter mi mening ein god tilnæringsmåte. Eg har møtt fleire pasientar med tetraplegia i praksis, og ein av dei prata ofte om at Gud hadde gjort dette med ho, og takka Han for det. Ho meinte Han hadde valt ho, og visste ho var sterk nok til å takle det, så ho kunne hjelpe andre. Ho var fast bestemt på å vidare i livet dedikere mykje tid til å hjelpe andre igjennom same situasjon som ho. Livet hennar var i følgje ho sjølv ganske bra. Og dette ser ein igjen i det Travelbee seiar over om at livet vert enklare, dersom ein finn ei mening bak lidinga.

Hammel et al. (2009) visar at mange ryggmargsskade opplev håplausheit til å nokon gong få ei meningsfull eksistens. Personar med komplett tverrsnittskade har ikkje moglegheit for gjenvinning av motorisk og sensorisk funksjon (Bertelsen, 2011). Slik eg har erfart frå praksis, kan det for mange slike pasientar verke utfordrande å finne ei mening i situasjonen. Men som Rustøen (2010) og Travelbee (1999) påpeikar, er det viktig for livskvaliteten å finne ei mening.

Ein av strategiane ein kan bruke for å finne meininga bak lidinga si er ifølgje Reitan (2010) meiningsorientert mestring. Ein endrar altså meiningsinnhaldet i situasjonen og gjer ubehaget lågare. Innan denne kategorien er det ulike faktorar å fokusera på. Pasienten må handle og yte, nyte, oppleve og ta imot, finne meininga gjennom kjærleik, kunst og natur, samt endre innstillinga og haldninga si om til noko positivt. Ved slike strategiar, kan pasienten finne fram fordelane ved det nye livet sitt.

Peter et al. (2012) visar at ryggmargsskadde pasientar som innebar ei spiritualitet og/eller hadde ei meining med livet, hadde god livskvalitet og velvære, samt tilpassa seg situasjonen betre. Dei som såg på verda som meiningsfull, handterbar og forståeleg hadde også betre livskvalitet. For å styrkja eit slikt syn hos pasienten, ser det ut til at god smertebehandling var eit nøkkelgrep. Her kjem ein tilbake til det Travelbee (1999) seiar om at det å lindre fysisk, kan lindre mykje psykisk.

6 KONKLUSJON

Det som styrkar livskvalitet hos vaksne pasientar med tetraplegia ser ut til å være håp, sosial tilstedeværelse, sjølvtilitt, ei meining med livet/tilstanda, tryggleik, kontroll over livet, spiritualitet og mestring saman med tilhørighet og kompetanse. Hos mange av desse pasientane ser det ut til at livskvaliteten vert svekka etter skada. Faktorar som spelte inn på dette var depresjon, angst, stresset ved å ikkje mestre det nye livet, fysiske symptom, håplausheit, samt ei svekka tru på å nokon gong få eit meiningsfullt liv. Diverse tiltak ein sjukepleiar bør gjer for å hjelpe pasienten med å styrkje si eiga livskvalitet såg ut til å fokusere seg på emosjonelle- og motiverande strategiar som å støtte, lytte, verta involvert og kjent med pasienten, vise tillit, sjå behova hans, balansera realisme og håp og erkjenne at ei god framtid er mogleg. Det bør fokuserast mest på pasientens personlege vekst, ressursar og moglegheiter. Sjukepleiaren vert ein vegleiar gjennom mestringsprosessen, oppretthalding av håpet og det å finne ei meining. Det ser vidare ut til å være lite forskning innan begrepet livskvalitet som tar for seg pasientar med tetraplegia eksklusivt. Det finnes mykje om ryggmargsskadar generelt. Dermed var det vanskeleg å berre halde fokuset på det å hjelpe pasientar ramma med tetraplegia frå skade på C5-C6 gjennom heile studia, som visar at det med fordel kan forskast meir innanfor sjukepleie til denne pasientgruppa.

REFERANSELISTE

- Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 314-361). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C. & Wengstrom, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.
- Hammel, K. W., Miller, W. C., Forwell, S. J., Forman, B. E. & Jacobsen, B. A. (2009). Fatigue and spinal cord injury: a qualitative analysis. *Spinal Cord*, 47(1), 44-49. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2008.68>.
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2* (3. Utg., s. 108-123). Oslo: Akribe.
- Lohne, V., Raknestangen, S., Mastad, V. & Kjærnes, I. (2010). Sykepleie ved sykdommer og skader i sentralnervesystemet. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. Utg., s. 192-225) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lohne, V. & Severinsson, E. (2006). The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), 315-323. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01301.x>
- Lovdata. (2015, 1 januar). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Henta 09. Februar 2015 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing – development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Norsk Sykepleierforbund. (2011, november). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 13. Februar 2015 frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Peter, C., Müller, R., Cieza, A. & Geyh, S. (2012). Psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature. *Spinal cord*, 50(3), 188-201. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2011.125>
- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2* (3. Utg., s. 74-107). Oslo: Akribe.
- Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2* (3. Utg., s. 29-55). Oslo: Akribe.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. (2009). *Menneskekroppen - fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Songhuai, L., Olver, L., Jianjun, L., Kennedy, P., Genlin, L., Duff, J. & Scott-Wilson, U. (2009). A comparative review of life satisfaction, quality of life and mood between chinese and british people with tetraplegia. *Spinal Cord*, 47(1), 82-86. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2008.83>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: universitetsforlaget.

Vedlegg 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
Hammel, K. W. Miller, W. C. Forwell, S. J. Forman, B. E. & Jacobsen, B. A. (2009) «Fatigue and spinal cord injury: a qualitative analysis»	Hensikta er å få ei oversikt over kva rygg- margs pasientane si eiga erfaring med fatigue er, og kva dei meinar er dei underliggende faktorane for sin fatigue.	Dette er ein kvalitativ studie der deltakarane måtte svare på 2 spørsmål. Det blei gjort gruppe- intervju for å samle inn data. Det vart brukt notat og lyd- opptak.	Det deltok 21 personar (kvinner og menn) med ulike nivå av ryggmargs- skade, 2 familie- medlem, 2 assistentar og 4 terapeutar.	Etter ei ryggmargs- skade vert livskvaliteta vesentleg redusert. fatigue kom av smerter, depresjon, utmattning, håplausheit og liknande. Fatigue spelar ei viktig rolle for den nedsett livs- kvalitet.
Songhuai, L. Olver, L. Jianjun, L. Kennedy, P.	Hensikta med studia var å sjå på forskjellane mellom britiske	Dette er ei kvantitativ studie der deltakarane fekk ei rekkje	Deltakarane i studia var 19 menn og 3 kvinner frå Kina,	Resultata visar at britane har det betre når det gjelder yrke,

<p>Genlin, L. Duff, J. & Scott-Wilson, U. (2009) «A comparative review of life satisfaction, quality of life and mood between chinese and british people with tetraplegia.»</p>	<p>og kinesiske pasientar med tetraplegia når det gjelder livskvalitet og andre faktorar som spelar inn på livskvaliteta.</p>	<p>spørsmål dei måtte svare på med ei nummerering. Spørsmåla var om livet deira generelt, familielivet, seksuallivet, angst, depresjon, livs- kvalitet, meining i livet og liknande.</p>	<p>og tilsvarande for Storbritannia. Alle deltakarane har tetraplegia.</p>	<p>økonomi, familieliv, angst og depresjon. Ingen betydeleg forskjell var å finne når det gjaldt livs- kvalitet og livet som ein heilheit.</p>
<p>Peter, C., Müller, R., Cieza, A. & Geyh, S. (2012) «Psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature review.»</p>	<p>Hensikta med studia var å samle all data om dei psykologiske ressursane pasientane hadde, som kan vera til hjelp med å finne inter- vensjonar til helsepersonell.</p>	<p>Dette er ein oppsummerings- artikkel der forfattarane har samla resultat frå 83 artikkelar, analysert dei og funne fram til ei konklusjon.</p>	<p>Artiklane som vart valt til denne studia var for det meste tverrsnittstudiar.</p>	<p>Resultata var delt inn i ulike kategoriar som viste å ha ein medvirkande faktor til korleis pasienten hadde det psykisk. Desse faktorane var sjølvtilitt, følelse av samanheng, håp, ei meining med livet og situasjonen, spiritualitet og optimisme.</p>

				Forhaldet mellom dei psykologiske ressursane og ei god mental helse var svært nært.
Lohne, V. & Severinsson, E. (2006) «The Power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury.»	Hensikta med studia var å finne ut om håpet framleis var tilstede for pasientar 1 år etter skada og korleis dette håpet har påverka livet og rehabiliteringa deira.	Artikkelen brukar kvalitativ metode. Det vart intervjuet 10 deltakarar rundt temaet håp etter ryggmargsskada.	Deltakarane var personar som hadde opplevd akutt ryggmargsskade eitt år tidlegare. Det var 6 menn og 4 kvinner som snakka flytande norsk som vart valt til studia, alle over 20 år.	Resultata visar at viljestyrke hadde mykje å seia for å oppretthalda håpet. Håpet i seg sjølv vart beskriven som den underliggande faktoren til å kunne yte sitt beste og mestre kvar dagen.

Kjelder:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=55fb1eb0-7828-440d-aaa6-0e2d6d6e0176%40sessionmgr4005&vid=4&hid=4212>

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=55fb1eb0-7828-440d-aaa6-0e2d6d6e0176%40sessionmgr4005&vid=7&hid=4212>

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=55fb1eb0-7828-440d-aaa6-0e2d6d6e0176%40sessionmgr4005&vid=10&hid=4212>

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8385edae-bb15-4bf0-9df8-8babf67f8f19%40sessionmgr4001&vid=5&hid=4212>

Vedlegg 2

Travelbees definisjon på sjukepleie:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

(Travelbee, 1999, s. 29)