



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Eksamensinnlevering

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 45

Antall ord: 8586

Støtte til slagpasienter i rehabiliteringen



*Varme hjerter, varme hjerter,
det er hva vi trenger mest
på en jord hvor gråt og smerte,
sorg og nød er velkjent gjest.*

Trygve Bjerkrheim

Sammendrag:

Norsk

Bakgrunn: Hvert år rammes ca. 15 000 nordmenn av hjerneslag, som er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming her i Norge. Hjerneslag oppstår akutt og en hard og utfordrende rehabilitering må starte snarest mulig.

Hensikten med studien: Å tilegne meg kunnskap om og øke forståelsen for hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon kan støtte slagpasienter på en best mulig måte i rehabiliteringen.

Metode: Oppgaven er bygd på en systematisk litteraturstudie. Dette var kravet for bacheloroppgaven. Denne metoden gav meg mye relevant forskning på dette området.

Funn: Det som kom frem i studiene som hadde en støttende funksjon og som jeg har utdypet i oppgaven er; samtale, informasjon\ undervisning, motivering\ oppmuntring, håp, humor, myndiggjøring og pårørende. Dette var for det meste knyttet opp mot den fysiske rehabiliteringen som syntes å være av størst betydning for slagpasientene. Dette viser at den psykiske støtten er viktig for rehabiliteringen.

Abstract:

English

Background: Each year about 15 000 Norwegians suffer from a stroke, which is the most common cause of severe disabilities in Norway. Stroke occurs acutely and a hard and challenging rehabilitation must begin as soon as possible.

Purpose of the study: To acquire my knowledge and increase understanding of how the nurse through communication can support stroke patients in the best possible way in the rehabilitation.

Method: The assignment is built on a systematic study of literature. This was the requirement for the bachelor's thesis. This method gave me a lot of relevant research in this area.

Findings: What emerged in the studies who had a supportive function, and as I have elaborated in this paper is; conversation, information \ teaching, motivation \ encouragement, hope, humor, empowerment and relatives. This was mostly related to the physical rehabilitation that appeared to be of greatest importance for the stroke patients. This shows that the psychological support is important for rehabilitation.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3	Begrunnelse for valg av problemstilling.....	6
1.4	Avgrensing og presisering av problemstilling.....	7
1.5	Oppgaven si oppbygning.....	7
2.0	Begrepsmessig rammeverk.....	8
2.1	Kronisk sykdom.....	8
2.2	Hjerneslag.....	8
2.2.1	Symptomer.....	8
2.2.2	Rehabilitering.....	9
2.3	Støtte.....	10
2.4	Kommunikasjon.....	10
2.4.1	Ekspressive aspekter.....	11
2.4.2	Profesjonell, hjelpende kommunikasjon.....	11
2.5	Den hjelpende samtalen.....	12
2.6	Informasjon\ undervisning.....	13
2.7	Motivasjon\ oppmuntring.....	13
2.8	Håp.....	14
2.9	Humor.....	14
2.10	Myndiggjøring.....	15
2.11	Sykepleiefaglig perspektiv.....	15
3.0	Metode:.....	17
3.1	Hva er metode.....	17
3.2	Litteraturstudie som metode.....	17
3.3	Metodens sterke og svake side.....	17
3.4	Litteratursøk og valg av litteratur.....	18
3.5	Kildekritikk.....	18
3.6	Etiske aspekt ved oppgaven.....	18
3.7	Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur.....	19
3.9	Presentasjon av utvalgt fagartikler.....	20
4.0	Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon støtte slagpasienter på en best mulig måte i rehabiliteringen?.....	21

4.1	Samtalens betydning for å skape en god relasjon.....	21
4.2	Å informere og undervise.....	23
4.3	Å motivere og oppmuntre.....	24
4.4	Betydningen av å opprettholde håp.....	25
4.5	Bruk av humor i utøvelsen av sykepleie.....	27
4.6	Betydningen av pasientens delaktighet.....	27
4.7	Betydningen av å kommunisere med pårørende.....	29
5.0	Avslutning.....	31
6.0	Referanseliste:.....	32

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven skal handle om hjerneslagpasienter og rehabilitering. Det som fikk meg interessert til å skrive om slagpasienter var min egen onkel. Han fikk et hjerneslag for 10 år siden, og han har nå mistet mange av de egenskapene han hadde. Dette gir store inntrykk på meg, og jeg tror at denne oppgaven vil gi meg en bedre forståelse for hva min onkel har vært igjennom.

Jeg har også litt erfaring med hjerneslagpasienter fra sykehjemspraksis. Jeg har ikke fått sett utviklingen fra akutt hjerneslag og hvordan de starter med rehabiliteringen. Men jeg har sett symptomene på hjerneslag og hvordan disse kan være til hinder i hverdagen.

Hjerneslag eller apopleksi cerebri, rammer hvert år ca. 15 000 personer i Norge. Det er den tredje hyppigste dødsårsaken og den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemning her i landet(Wergeland mfl, 2001) Hjerneslagpasienter opplever en brå omvelting av livet sitt og vil trenge mye hjelp og støtte i den nye livssituasjonen deres.

Hensikten med oppgaven er å få en større forståelse av hva hjerneslag innebærer, og tilegne meg kunnskap om hvordan jeg kan hjelpe disse pasientene i rehabiliteringen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon støtte slagpasienter på en best mulig måte i rehabiliteringen?

1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling

Hjerneslag oppstår akutt og kan gi alvorlige funksjonshemninger hos pasienten. Denne tapsopplevelsen rammer pasienten hardt psykisk. Det er en høy prosentdel som utvikler angst og depresjoner etter et oppstått hjerneslag og som kan være et hinder for rehabiliteringen. Dette må tas på alvor. Pasienten vil trenge mye støtte for å komme seg igjennom den tøffe rehabiliteringen. Det viser seg at med gode behandlingsopplegg kan mange av pasientene gjenvinne det tapte og få et tilnærmet normalt liv igjen.

Sykepleieren spiller en viktig rolle i rehabiliteringen. Det er flere faggrupper som står til hjelp under rehabiliteringen, men sykepleieren er til stede for pasienten døgnet rundt. Sykepleieren har mulighet til å observere og følge opp pasienten gjennom hele prosessen.

1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling

Det er ofte den fysiske treningen det blir fokusert på. Den er viktig, men det å få hjerneslag er også psykisk tungt og pasientene trenger mye psykisk støtte for å komme seg igjennom den fysiske treningen. Derfor vil jeg i denne oppgaven fokusere på hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon kan støtte slagpasientene på en best mulig måte i rehabiliteringen, slik at de kan få optimalt utbytte av rehabiliteringen og få muligheten til å komme hjem.

Det er flest eldre som rammes av hjerneslag, men jeg har valgt og ikke rette oppgaven mot en spesiell alder eller kjønn. I oppgaven begrenser jeg meg til rehabilitering av pasienter med akutt hjerneslag på en slagenhet på sykehus. Ifølge Wergeland mfl(2001) har flere vitenskapelige studier vist at behandling i slagenheter reduserer dødeligheten og bedrer pasientens funksjonsnivå, slik at flere kommer hjem og færre trenger institusjonsplass.

1.5 Oppgaven si oppbygning

Oppgaven starter med en innledning om hvorfor jeg har valgt dette temaet, presentasjon av problemstilling og hensikten med oppgaven. Videre vil jeg skrive hva metode og litteraturstudie er, og ha en gjennomgang av utførte søk og val av litteratur, kildekritikk, etiske aspekt og en presentasjon av forskning og bøker. I begrepsmessig rammeverk vil jeg ta for meg de mest sentrale begrepene i oppgaven ved hjelp av faglitteraturen. Deretter vil jeg drøfte problemstillingen ut i fra funn fra forskningsartiklene og sette dette opp mot faglitteraturen og erfaringene mine, slik at jeg til slutt får et svar på problemstillingen min.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Kronisk sykdom

Et hjerneslag fører i de aller fleste tilfeller til en langvarig eller kronisk tilstand av funksjonshemninger som krever en rekke tilpasninger og håndtering fra pasientens og ofte også fra pårørendes side. Av den grunn kan hjerneslag klassifiseres som en kronisk sykdom (Kirkevold, 2007).

2.2 Hjerneslag

Hjerneslag, apoplexia cerebri, rammer hvert år ca. 15 000 personer i Norge. Det er den tredje hyppigste dødsårsaken og den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming her i landet. Det er stort sett middelaldrende og eldre som rammes (Wergeland, Ryen & Olsen, 2001).

Hjerneslag er ingen ensartet sykdom, men et samlebegrep for det symptombildet pasienten får når deler av hjernen helt eller delvis mister sin blodforsyning. Dette kan skje ved trombose, emboli eller blødning i en arterie som forsyner hjernen med blod. Det oppstår da en raskt innsettende funksjonssvikt i deler av hjernen. Ved et slag får cellene i det affiserte området for lite oksygen og energi til å kunne fungere. Ved uttalt sirkulasjonssvikt over flere timer vil cellene skades og etter hvert dø. Cellene i randsonen rundt det affiserte området er i første omgang ”svimeslått” og dør ikke før etter flere timer. Det er derfor viktig med tidlig og rask medisinsk behandling og mobilisering for å unngå at cellene dør. Dersom sirkulasjonen normaliseres av seg selv i løpet av noen minutter eller timer, vil cellene som regel overleve og kan gjenoppta sin funksjon. En slik tilstand kalles et transitorisk iskemisk anfall (TIA). Et TIA kan ses på som et forvarsel til noe som er galt. Tilstanden blir kalt hjerneslag dersom funksjonssvikten varer i mer enn 24 timer (Wergeland mfl, 2001).

2.2.1 Symptomer

Symptomene ved hjerneslag starter som regel meget raskt. De nevrologiske utfallene hos den enkelte pasient avhenger av skadens omfang og lokalisasjon. Ved hjerneslag rammes hyppigst arteria cerebri media. Dette gir den vanligste formen for hjerneslag, med ensidig lammelse av arm og bein. I tillegg til ekstremitetslammelsene har pasienten redusert eller opphevet muskelkraft i armer og bein. På grunn av at nervefibrene krysser midtlinjen, kommer lammelsene på motsatt side i forhold til den delen av hjernen som er rammet (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2001).

Sammen med lammelse i en kroppshalvdel oppstår det som regel også skjevhet i ansiktet, det vil si rundt munnen. Det er også vanlig å se sensibilitetstap i den lamme kroppshalvdelen. Det

kan arte seg som litt redusert følelse i huden eller som totalt fravær av følelse i halve kroppen (Jacobsen mfl, 2001).

Taleforstyrrelser kan opptre i forskjellige former. Hvis talesenteret rammes, får pasienten afasi (manglende taleevne) eller dysfasi (redusert taleevne). Svelgevansker oppstår når svelgmuskulaturen lammes. Hosterefleksen kan også være redusert. Dette gir sekretstagnasjon, som igjen kan føre til pneumoni. Koma, respirasjonsforstyrrelser og fallende blodtrykk er alvorlige symptomer ved hjerneslag (Jacobsen mfl, 2001).

2.2.2 Rehabilitering

Den viktigste delen av behandlingen av hjerneslag er rehabilitering (Jacobsen mfl, 2001). Å rehabilitere betyr å gjenopprette eller gjeninnsette tidligere verdighet eller rettighet.

Rehabiliteringen etter hjerneslag begynner allerede første døgnet etter slaget. Samtidig som pasientens tilstand observeres, kartlegges de utfallene han har, og treningen for å gjenvinne tapte funksjoner begynner (Wergeland mfl, 2001).

Treningen er avhengig av et tett tverrfaglig samarbeid med felles målsetting og behandlingsprinsipper. For at behandlingsresultatet skal bli best mulig er det avhengig av at alle rundt pasienten følger de samme prinsippene hele døgnet. Sykepleierens kunnskaper, innsikt, holdninger og evne til å motivere pasienten og til å gjennomføre et strukturert treningsopplegg vil gi pasienten optimale treningsmuligheter. Men for at pasienten skal få utbytte av treningen er det imidlertid viktig at han selv er aktiv og medansvarlig (Wergeland mfl, 2001).

Målet med rehabilitering er at kroppen igjen skal fungere best mulig som en helhet og gjenvinne et normalt bevegelsesmønster. Gjenopptrening av tapte funksjoner er en læreprosess. Hjernen har stor evne til reorganisering, også etter et hjerneslag. Den kan lære et bredt spekter av bevegelser, ikke bare hensiktsmessige, men også uhensiktsmessige og stereotype. Det en ønsker å oppnå ved trening og stimulering, er å bedre samspillet i hjernen ved å styrke eksisterende forbindelser i sentralnervesystemet og ved å påvirke til danning av nye forbindelser. Det viktigste for å kunne utvikle og tilpasse sammensatte handlinger er stimulering ved berøring, stillingsendringer og bevegelse (Wergeland mfl, 2001).

Det som vanligvis igangsetter en rehabiliteringsprosess, er erkjennelsen av muligheten for og ønsket om en endring i funksjonsnivået. Den følelsesmessige siden av denne erkjennelsen kan

være en tapsopplevelse, eller en frustrasjon knyttet til begrensninger av personlig handlefrihet (Conradi & Rand- Hendriksen, 2004).

En viktig del av rehabiliteringen er også å skape håp, optimisme, fremtidstro og øket selvtillit. Dette er lettere å få til dersom noen bryr seg om og forsøker å støtte, enn om den slagrammede og deres familier blir overlatt til seg selv (Komiteen for medisinsk teknologivurdering, 1995).

2.3 Støtte

Rehabilitering er for de fleste krevende og langvarig. I følge Kirkevold(2007) er det fremdeles vesentlige aspekter i rehabiliteringsforløpet etter et slag som vi ikke vet nok om, og som ikke er tydelig og systematisk inkludert i rehabiliteringstilbudet. Disse aspektene har særlig å gjøre med pasientenes psykososiale mestring av sykdommen og dens konsekvenser, samt i hvilken grad pasienten klarer å integrere endringene etter slaget i sin livssituasjon. Selv om mange pasienter finner ut av disse utfordringene på egen hånd, skaper de så vidt store utfordringer at profesjonell støtte og hjelp burde ytes i større grad og mer målrettet enn det som ofte skjer i dag.

I følge Wergeland mfl(2001) er sykepleieren sin støttende funksjon:

- Å skape tillit og trygghet
- Å opprettholde håp og 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\ motivere pasienten til å opprettholde sitt sosiale nettverk

2.4 Kommunikasjon

For å kunne støtte slagpasienten i rehabiliteringen må en vite hvordan en bør kommunisere med pasienten. Å skape en god relasjon til pasienten er viktig for å kunne hjelpe vedkommende, og det er gjennom kommunikasjonen en har muligheten til å skape en god relasjon.

Finset(2004) hevder at kommunikasjon er viktig i hele helsetjenesten. Men hittil har dette aspektet blitt forholdsvis lite vektlagt i rehabiliteringsfeltet. Vi er blitt for biomedisinske i vår orientering, og vi må fokusere mer på relasjonsaspektet i arbeidet med brukeren.

I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske *comunicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med(Eide & Eide, 2007).

2.4.1 Ekspresive aspekter

All pasientbehandling har i tillegg til en oppgaverettet komponent et element som handler om relasjonen til brukeren. Vi snakker gjerne om *instrumentelle* og *ekspresive aspekter* ved behandlingen. Ofte er vi ikke tilstrekkelig oppmerksomme på den ekspresive komponenten ved kommunikasjonen, det vil si hvordan vi i kommunikasjonen viser hvilke følelser, holdninger og relasjoner vi har overfor den vi kommuniserer med (Finset, 2004).

Noen ganger kommer de oppgaverettede sidene ved vårt arbeid i veien for relasjonen til brukeren. Vi er opplært til løsningsorientering og målretthet. Noen ganger glemmer vi at brukeren av og til mest trenger at vi rett og slett er til stede gjennom stormen. Det er derfor viktig at vi søker å bli tilstrekkelig bevisst på instrumentelle og ekspresive aspekter ved vårt kliniske arbeid (Finset, 2004).

2.4.2 Profesjonell, hjelpende kommunikasjon

Med ”profesjonell kommunikasjon” menes kommunikasjon som hører til ens yrke, i vår sammenheng yrkesrollen som hjelper. Rollen som hjelper innebærer å skulle fylle en hjelpende funksjon for andre i kraft av egen faglig kompetanse og posisjon (Eide & Eide, 2007).

Profesjonell, hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål. Det overordnede formålet er å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelse. Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon bør derfor per definisjon alltid være hjelpende, i den forstand at den er både faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre (Eide & Eide, 2007).

Ferdigheter i hjelpende kommunikasjon omfatter både det som i faglitteraturen betegnes som aktiv lytting og samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. Hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og stimulerer til at pasienter og pårørende mestrer situasjonen så godt som mulig. Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet, som er en forutsetning for empowerment,

og er etisk begrunnet i sammenfallende verdier: likeverd, hensyn til pasientens beste og respekt for pasientens rett til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2007).

Som praktisk ferdighet har pasientrettet kommunikasjon mange aspekter, men kan beskrives som bestående av fire elementer (Eide & Eide, 2007):

1. å få frem pasientens perspektiv
2. å forstå pasientens unike psykososiale kontekst
3. å nå frem til felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier
4. å hjelpe pasienten til å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der dette er mulig

Eide & Eide(2007) hevder at empati, fagkunnskap og målorientering utgjør en triade av forutsetninger for god, profesjonell kommunikasjon og omsorg.

2.5 Den hjelpende samtalen

Personer som får akutt hjerneslag har behov for noen å bearbeide situasjonen med. De trenger noen de kan ha en dypere samtale med som har faglig erfaring innenfor området og som vet hva pasienten gjennomgår. Sykepleier kan støtte pasienten gjennom en hjelpende samtale.

Samtaler kan være planlagt eller oppstå spontant, være korte eller lange, følelsesmessig nøytrale eller sterkt emosjonelle. Samtalesituasjoner kan være svært forskjellige, og ha ulike, naturlige forløp. Uansett hva slags type samtale det er snakk om, har hjelpende samtaler gjerne en viss struktur. Et karakteristisk trekk ved de fleste gode og hjelpende samtaler er at de kan deles i tre deler (Eide & Eide, 2007):

1. en begynnelse
2. en midtdel
3. en avslutning

I praksis viser det seg at det å åpne og avslutte en samtale på en god måte forutsetter både forberedelse og et våkent blikk for det som faglig sett er det vesentlige (Eide & Eide, 2007).

Alle samtaler er forskjellige, og kan ha ulike formål. Felles er gjerne at begynnelsen av samtalen har som viktigste funksjon å etablere relasjonen og skape tillit og trygghet. Dette er viktig for kontaktforholdet, og for å få pasienten til å snakke åpent om det det gjelder.

Åpningen har ofte også som funksjon å sette premissene for samtalen hvis disse ikke allerede

er klare, og å starte prosessen mot hva samtalen skal dreie seg om, det problemet eller de problemene som skal drøftes. Hvis samtalens hensikt er å hjelpe pasienten til å utforske og tenke gjennom sin situasjon, vil premisset være at pasienten selv skal reflektere. Hvis samtalens hensikt derimot er å gi informasjon og hjelpe pasienten til å finne seg til rette, vil premisset være at rammene er lagt, og at hjelperen tar sikte på å hjelpe pasienten til å få oversikt og kontroll over egen situasjon (Eide & Eide, 2007).

Eide&Eide(2007) hevder at åpningen av samtalen kan ha fem hovedfunksjoner:

1. å etablere relasjonen
2. å skape kontakt og trygghet
3. å klargjøre rammene om samtalen (tid, sted og formål)
4. å starte probleidentifiseringen
5. å skape en åpen relasjon

2.6 Informasjon\ undervisning

Et hjerneslag kan føre til betydelige endringer i selvforståelse og identitet. En viktig sykepleieroppgave blir dermed å understøtte pasientens forsøk på å skape mening ut av kaos og fortolke den situasjonen han eller hun befinner seg i etter et slag. Denne meningsskapende prosessen krever saklig informasjon. Informasjon som blir gitt tidlig i rehabiliteringsfasen har kun moderat effekt, da pasienten ikke er i stand til å forstå hva som egentlig sies, før han eller hun kan knytte det til egne erfaringer. Pasientundervisning og veiledning utover den akutte og initiale rehabiliteringsfasen er derfor svært viktig for å støtte pasienten i hans eller hennes mestring- og tilpasningsprosess (Kirkevold, 2008)

2.7 Motivasjon\ oppmuntring

I følge Kirkevold(2008) opplever ofte slagpasienten og pårørende betydelig forbedring i funksjonsnivået i løpet av de første ukene i rehabiliteringen. Men etter hvert som gjenopptreningen fortsetter, blir bedringen langsommere, og det går gradvis opp for pasient og pårørende at gjenopptreningen vil ta lang tid. Dette fremtvinger en første psykologisk bearbeiding av det som har skjedd, og tidshorisonten for rehabiliteringen blir mer realistisk. I følge Kirkevold(2008) trenger pasient i denne perioden støtte og oppmuntring.

Motivasjon defineres ofte som det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder denne aktiviteten ved like og det som gir den mål og mening. Det skilles ofte mellom indre og ytre motivasjon. Hvis en person gjør en aktivitet på grunn av interesse for selve aktiviteten, og

denne aktiviteten er belønning nok i seg selv er det snakk om indre motivasjon. Ytre motivasjon er når pasienten gjør noe fordi han ønsker å oppnå en belønning eller et mål utenfor selve aktiviteten (Indredavik, 2010).

2.8 Håp

Rehabiliteringen for hjerneslagpasienter er en lang og krevende prosess. Det er viktig at pasientene ikke mister håpet gjennom rehabiliteringen, da håp er nødvendig for at pasientene skal kunne stå på og holde ut den tøffe treningen. I følge Rustøen(2007) er håp nært knyttet til omsorg, og sykepleiernes funksjon tilsier at deres tilstedeværelse kan påvirke pasientenes håp.

Kronisk syke mennesker kan oppleve tap av kontroll over kroppsfunksjoner, tap av roller og sosiale relasjoner, tap av selvfølelse, tap av sikkerhet og kontroll, tap av seksuell tiltrekningskraft, tap av uavhengighet og tap av økonomisk art. På grunn av disse tapene og den ofte uforutsigbare fremtiden vil det kronisk syke mennesket kunne oppleve håpløshet. Håp knyttes til mestring av kronisk sykdom og blir beskrevet som en viktig faktor for livskvalitet. Håp kan gi styrke til å takle eksempelvis tap, mangler, ensomhet og lidelse og ved sykdom og trussel om død kan håpet være en helt avgjørende faktor for å ikke gi opp (Rustøen, 2007).

Håp innebærer positive forventninger til hva som er mulig på kort eller lengre sikt. Dette innebærer ikke nødvendigvis en forventning om at problemer og vanskeligheter skal løses, men at man har tillit til at fremtiden vil ha noe ved seg som kan oppleves meningsfylt. Håp kan knyttes til ulike metaforer - til å se lys i enden av tunellen, å finne veien frem, å gå seirende ut av kampen, å overvinne bøygen (Eide & Eide, 2007).

2.9 Humor

Humor kan være betydningsfullt for hjerneslagpasienter som har kommet opp i en vanskelig livssituasjon. Humor kan hjelpe pasientene til å få andre ting enn sykdommen å tenke på og lette litt på humøret, som kan være godt i en ellers alvorlig situasjon.

I helsearbeid kan humor være en viktig ressurs. Sans for humor er en verdifull egenskap som kan bidra til å gi et nytt perspektiv på en ellers fastlåst situasjon. Humor kan være en måte å utfordre den andre på. Det kan også bidra til å redusere spenning, ikke minst i situasjoner hvor det psykiske presset er stort. Å måtte holde avstand til sine egne følelser og reaksjoner skaper indre press og et behov for å få utløp for tanker og følelser. Vitser og galgenhumor kan bidra

til å lette litt på trykket. Det kan hjelpe en til å slippe det vanskelige til, og dermed også gjøre det tilgjengelig for bearbeidelse (Eide & Eide, 2007).

Humor kan lindre angst, formidle følelser, fremme avslapning og skape kontakt og nærhet. Den gode latteren gir velvære, livsmot og livsglede og setter i gang fysiologiske prosesser som er styrkende for immunforsvaret (Kristoffersen mfl, 2005).

2.10 Myndiggjøring

For at hjerneslagpasienten skal få den behandlingen han har behov for må rehabiliteringen planlegges, der det må settes opp mål og aktiviteter som skal tilpasses pasienten. I denne planleggingen er der lett for at helsepersonellet tar overhånd og glemmer å delaktiggjøre pasienten i sin egen livssituasjon.

Makt og myndiggjøring er to omgrep som er nært knyttet til hverandre. Det ser en tydeligere på engelsk enn norsk. "Empowerment" tyder, å gi makt. Myndiggjøring betyr det samme. For at en skal kunne analysere og forstå hva myndiggjøring dreier seg om, må en derfor også forstå hva makt er. Max Weber definerte makt som "mulighet for å påtvinge andres adferd ens egen vilje"(Vik, 2007).

Empowerment handler om å gi makt, eventuelt mer makt til de som har lite av dette fra før, men som burde ha mer. Målet er å styrke den enskilt eller gruppen sine føresetninger for å endre uheldige forhold slik at de kan bli bedre i stand til å styre sine liv mot egne mål og behov (Vik, 2007).

2.11 Sykepleiefaglig perspektiv

Jeg velger å bruke Travelbee sin sykepleieteori, da hun fokuserer på håp og kommunikasjon som er svært gjeldende i forhold til slagpasienter.

Sykepleiens overordnede mål og hensikt er ifølge Travelbees tenkning å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Sykepleie er dessuten knyttet til det å forebygge sykdom og å fremme helse. I tillegg er begrepet håp sentralt knyttet til sykepleiens mål og hensikt hos Travelbee. Ved å understøtte håpet hos mennesker som lider, hjelper sykepleieren dem til å mestre lidelsen i større grad enn de ellers ville ha gjort, og til å bære sykdom og tap, og de medfølgende konsekvensene, gjennom resten av livet (Kristoffersen, 2005)

I følge Travelbee kan sykepleiens mål og hensikt bare oppnås gjennom etableringen av et virkelig menneske- til- menneske- forhold. Et slikt forhold kan ikke etableres mellom roller, men utelukkende mellom personer. Det er derfor avgjørende at pasienten og sykepleieren overvinnet det stadiet der de betrakter hverandre som roller- som ikke noe annet enn sykepleier og pasient- og at de beveger seg inn i et nytt stadium der de for alvor *ser* hverandre, og der de forholder seg til hverandre som unike personer. Et menneske- til- menneske- forhold etableres i følge Travelbee gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser (Kristoffersen, 2005):

- Det innledende møtet
- Fremveksten av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

Utfordringen for sykepleieren er i følge Travelbee å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og se han slik han er som person. Sykepleieren må ha evne til å overskride sitt eget selv og til å interessere seg for pasienten som person. Kun enkeltpersoner kan etablere relasjoner som ikke bare er kategorier eller merkelapper (Kristoffersen, 2005).

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske- til- menneske- forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. I denne prosessen er det en utfordring å finne frem til det som skiller nettopp denne pasienten fra alle tidligere pasienter. Sykepleieren må også være i stand til å skille mellom sine egne og pasientens behov, og ikke overføre sine egne behov på pasienten (Kristoffersen, 2005).

Travelbee mener at å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere hans særegne behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med hans behov (Kristoffersen, 2005).

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” (Dalland, 2007).

Olsson og Sörensen(2006) belyser forskjellene på kvalitativ og kvantitativ forskning; *Kvalitativ forskning* er subjektiv og har ofte langvarig kontakt med forsøkspersonen, og forholdet mellom teori og forskning utvikler seg slik at fenomenet blir forklart og teorien oppdaget. Resultatene bygger på et lite antall individer og et stort antall variabler.

Kvantitativ forskning er objektiv og har distanse der det er liten eller ingen kontakt med forsøkspersonen. Her bygger forholdet mellom teori og forskning på bekreftelse, og resultatene bygger på et stort antall individer og et begrenset antall variabler.

3.2 Litteraturstudie som metode

I forbindelse med hovedoppgaver er det vanlig å bruke litteraturstudier som metode. Litteraturstudier skal som alle andre oppgaver bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger, innsamlingsmetode osv. Litteraturen er informasjonskilde, på tilsvarende måte som respondenten er informasjonskilde ved intervjuer. Litteraturdata som skal gjøre rede for resultater er greiest å hente fra et antall vitenskapelige artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter. I drøftingsdelen setter man ”innsamlingsdata fra litteraturen” i dialog med ”bakgrunns litteraturen” og drøftet ut fra formål og spørsmålsstillinger (Olsson og Sörensen, 2006).

3.3 Metodens sterke og svake side

Sterke sider ved metoden er at den gir mye informasjon på kort tid og en kan da få god innsikt i temaet. Det er og lett å finne kildene igjen. Svake sider ved metoden er at det kan være avgrenset mengder av relevant forskning og ulike eksperter innen samme område kan komme frem til ulike resultat. Den store mengden publiserte vitenskapelige artikler gjør det vanskelig å ha kontroll over kunnskapslaget innenfor et område (Forsberg og Wengström, 2008).

3.4 Litteratursøk og valg av litteratur

I litteraturstudien startet jeg med å lese i pensum for å se om det var noe der som kunne belyse problemstillingen min, og for å se etter refereringer som jeg kunne bruke for å finne relevant faglitteratur. For å finne relevant faglitteratur til oppgaven, benyttet jeg BIBSYS. Jeg brukte søkeordene hjerneslag, rehabilitering og kommunikasjon. Videre har jeg brukt Høgskolen Stord\Haugesund bibliotekets nettsider for å finne forskningsartikler. Jeg fant relevante artikler for min problemstilling fra databasene; SveMed, Pubmed, Ovid og Vård i Norden. Jeg brukte søkeordene hjerneslag, rehabilitering og kommunikasjon, og kombinerte også disse. Jeg skrev også disse begrepene på engelsk og fikk mange flere treff.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Hensikten er at leseren skal få ta del i de refleksjonene en har gjort seg om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Har det vært lett eller vanskelig å finne litteratur? I et felt som er dårlig beskrevet vil kravene være mindre enn om feltet er grundig og omfattende kartlagt. I et fagfelt som vokser raskt kan det være nødvendig å si noe om hvorvidt litteraturen er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon. 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 mye litteratur om temaet mitt. For å begrense og plukke ut det beste, har jeg sitt både på gyldighet, holdbarhet og relevans for min problemstilling. I pensumlitteraturen har jeg sett etter refereringer som kunne være relevante for oppgaven min. Jeg har prøvd å finne litteratur og forskning som ikke er eldre enn 10 år, da nyere litteratur er mer oppdatert i lys av dagens situasjon. Jeg har merket meg hvor mange informanter som er med i forskningsstudiene, og om metodene forskerne har brukt er klart beskrevet. I tillegg ser jeg etter om forskerne har fått godkjent studien sin av etisk komité.

3.6 Etske aspekt ved oppgaven

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). En skal ikke endre teksten til noen annet enn det forfatteren fremstiller, men ivareta forfatteren sitt arbeid (Dalland, 2007).

Først og fremst synes jeg det er veldig viktig og ikke ta andre sine ord og bruke de som sine egne ord. Derfor har jeg vært nøyen med å referere til de kildene jeg har brukt. Jeg har også presentert alle artiklene jeg har funnet og fått tydelig frem hensikten og funnene i studiene.

3.7 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur

Engman, M & Lundgren, S. M. (2009): Hensikten med deres studie var å utforske hva rehabilitering og sykepleie innebar for pasienter med hjerneslag. Funnene viste at pasientene opplevde sykepleierne som diffuse. De ønsket mer personlig dialog med sykepleierne.

Heggdal K. (1994). Hensikten med denne hovedfagoppgaven var å belyse hvordan det oppleves å være syk, rettet mot slagpasienters egne erfaringer. Det ble i denne studien funnet fem begreper om sykdomsopplevelse; Eksistensiell uvisshet, kroppslige, følelsesmessige, sosiale og praktiske forandrings prosesser.

Kirkevold, M. (1997). Hensikten med hennes studie var å finne spesifikke sykepleieroller i forbindelse med slagpasienter. Funnene viste fire terapeutiske sykepleiefunksjoner; Sykepleiens fortolkende, trøstende, bevarende, og integrerende funksjon.

Rejno Åsa & Post Irene von(2007): Hensikten deres var å studere pasienters opplevelse av å være på en kombinert akutt og rehabiliterende slagenhet. Pasientene opplevde sykepleierne som guddommelig snille, de følte trygghet, men iblant var det kjedelig. Utmerket rehabiliteringsmuligheter og de fikk dele erfaringer med andre slagpasienter.

Tingvoll, W. A. (2002). Hensikten med hennes studie var å fokusere på slagenhetens betydning for kvaliteten av rehabilitering. Funnene viste at pasientene og familiemedlemmene mente at det var for lite informasjon fra sykehuset. Pasientene følte at de ikke deltok i planleggingen av livssituasjonen etter hjerneslaget.

Wallengren, C., Friberg, F. & Segesten, K. (2008). Hensikten med deres studie var å belyse betydningen av å gå fra å være bare en slektning til å bli en slektning av et slag offer. Funnene viste at pårørende aktivt søker omsorgspersoner til å gjenopprette orden og stabilitet i den kaotiske situasjonen.

3.9 Presentasjon av utvalgt fagartikler

Granum Vigdis(2010): ”Pasientundervisning krever kunnskap”. Hensikten med fagartikkelen var å øke bevisstheten rundt og synliggjøre sykepleierens undervisningsfunksjon. Resultatene viste at innholdet i begrepene, undervisning og læring, var uklare for sykepleierne og at det er behov for mer kunnskap om dette.

Nortvedt Line(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 å sørge for daglig makt hos pasient, anerkjennelse og mestring, informasjon, samtale og estetikk, gir verdighet til pasienten.

Olesen Jens(2010): ”Målsætnings- og motivationsarbejde indenfor rehabilitering – specielt med fokus på apopleksi” Hensikten med artikkelen var å illustrere og analysere målsætnings- 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.

4.0 Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon støtte slagpasienter på en best mulig måte i rehabiliteringen?

Etter å ha studert forskningsstudier og fagartikler har jeg kommet frem til følgende temaer om hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon kan støtte hjerneslagpasienter:

- Samtalens betydning for å skape en god relasjon
- Å informere og undervise
- Å motivere og oppmuntre
- Betydningen av å opprettholde håp
- Bruk av humor i utøvelsen av sykepleie
- Betydningen av pasientens delaktighet
- Betydningen av å kommunisere med pårørende

4.1 Samtalens betydning for å skape en god relasjon

Funn i studien til Engmann og Lundgren(2009) viste at pasientene opplevde sykepleierne som diffuse. De ønsket mer personlig dialog med sykepleierne, en nærmere og dypere relasjon slik at de fikk støtte i sin vanskelige livssituasjon. Informantene mente at det hadde vært av stor betydning dersom de hadde hatt en kontaktsykepleier, ettersom de følte at det var mange sykepleiere på avdelingen. Pasientene ønsket en person de kunne ha spesiell tillit til, som kjente til deres situasjon så de slapp å hele tiden fortelle alt fra begynnelsen av. Pasientene hadde mange tanker og grublet mye om sin livssituasjon. De mente det ville vært bra hadde de kunnet få snakke med noen i 10- 15 minutter innimellom, men opplevde at sykepleierne ikke hadde tid til en samtale eller sitte sammen med dem en stund.

I Nortvedts(2006) fagartikkel kommer det frem at samtalen mellom sykepleier og pasient i økende grad har blitt redusert til en metode for informasjonsutveksling omkring pasientens problemer og behov. Hun mener det er viktig både med konkret og strukturert informasjon, samtidig som pasienten har behov for uformelle samtaler om tapsopplevelser, sårbarhet, skam, angst og hva som er det "gode liv" for pasienten. Hun hevder det er viktig å ikke nedprioritere den hjerneslagpasientens behov for å bli sett og bekreftet gjennom aktiv lytting og ved å vise pasienten at man kan være tilstede og bruke tid uten nødvendigvis å ha en fast agenda.

Kirkevold(1997) beskriver fire terapeutiske sykepleiefunksjoner i studien sin, der sykepleierens trøstende funksjon er en av dem. Den mest grunnleggende oppgaven i denne funksjonen er sykepleierens ansvar i å etablere et tillitsfullt forhold til pasientene og deres nære slektninger. Tilrettelegging for en normal sorgprosess, fremme håp, og hindre depresjon, er store oppgaver knyttet til denne funksjonen.

Finset(2004) hevder at en av de største utfordringene i en samtale er det å være tydelig i kommunikasjonen. Ofte skygger vi unna de ubehagelige budskapene, blir diffuse og unnvikende. Det skaper usikkerhet hos brukeren. De fleste foretrekker en ærlig og direkte kommunikasjon. Men også i en tydelig og direkte kommunikasjon må ordene veies i forhold til hvordan de påvirker brukeren.

Jeg har selv opplevd i praksis å være diffus i forhold til å ta opp samtaler som omhandler livssituasjonen til en slagpasient. Man ser gjerne at pasienten har det tungt, men en vet kanskje ikke hva en skal si eller svare pasienten, så derfor unnviker vi å ta opp de alvorlige og personlige samtalene. Men slik som det kommer frem i litteraturen er det ofte nok og bare lytte til det pasienten har på hjertet og vise forståelse. I følge Travelbee sin teori er en nær og gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier en del av etableringen av et menneske- til menneske- forhold (Kristoffersen, 2005).

Eide & Eide(2007) hevder at felles for alle samtaler er at begynnelsen av samtalen har som viktigste funksjon å etablere relasjonen og skape tillit og trygghet. Bekreftende kommunikasjon blir nevnt som et tiltak for dette, og som ifølge forfatterne kan være avgjørende for å bygge en god relasjon og et godt samarbeidsklima. Bekreftende kommunikasjon går ut på å formidle i ord at man har sett og forstått det sentrale i det den andre formidler. Dette kan gjøres verbalt ved et bekræftende ”jeg forstår”, et medfølende ”så trist” eller et oppmuntrende ”så fint!”. Dette styrker selvfølelsen til den som forteller og fyller et eksistensielt og psykologisk behov for tilknytning og nærhet til andre mennesker. Å bli fulgt verbalt stimulerer den andre til å fortelle videre og dele mer av det vedkommende bærer på av tanker og følelser, og det bidrar til å gi hjelperen viktig informasjon og innsikt med tanke på videre planlegging av støtte og hjelp.

I Engmann og Lundgren(2009) sin studie kommer det frem at pasientene ble ikke spurt om de ville ha en samtale om det som hadde hendt. I tillegg reagerte pasientene på at sykepleierne ikke kom uten at pasientene ringte på dem. I følge Heggdal(2003) er det helsepersonell si

oppgave å kommunisere tilgjengelighet og oppmerksomhet og gi pasienten frihet til å bestemme om han\hun vil ta imot mulighetene for dialog om sine kroppslige erfaringer.

4.2 Å informere og undervise

I studien til Tingvoll(2002) ble det understreket fra pasientene og familiemedlemmer at det var for lite informasjon fra sykehuset. Informantene gav også uttrykk for at de ikke alltid visste hvem som var kontakt- person. Det var mye forskjellig personell og pasientene ble veldig slitne. Det samme kom frem i Engman og Lundgren(2009) sin studie der informantene ønsket at sykepleierne skulle ha navneskilt på seg og tydeligere presentere seg. Pasientene kunne heller ikke huske at sykepleierne hadde undervist eller informert om sykdommen. Pårørende opplevde at de savnet noen som hadde kunnskap om sykdommen og som kunne svare på de spørsmålene de hadde.

Det at pasienten har faste kontakter blant personalet, som etter hvert blir kjent med hans vaner og behov, mener Wergeland(2001) gjør det enklere for pasienten å orientere seg i en ellers kaotisk situasjon. Kirkevold(2008) bekrefter at en viktig sykepleieroppgave er å understøtte pasientens forsøk på å skape mening ut av kaos og fortolke den situasjonen han eller hun befinner seg i etter et slag. Denne meningsskapende prosessen krever saklig informasjon, hjelp til å tolke symptomer og erfaringer, samt konstruktiv korrigerende av missforståelser eller feiltolkninger. Pasientundervisning og veiledning utover den akutte og initiale rehabiliteringsfasen er svært viktig for å støtte pasienten i hans eller hennes mestrings- og tilpasningsprosess.

Det viser seg i studien til Kirkevold(1997) at den fortolkende funksjon er en av de fire terapeutiske sykepleiefunksjoner. Den viser til sykepleierens rolle i å hjelpe pasienter og pårørende til å forstå konsekvensene av hjerneslag. Det kommer frem at å gi realistisk informasjon om hjerneslag, behandling og rehabilitering, det forventede forløpet av sykdommen, og peke på muligheter for forbedringer er avgjørende i å hjelpe og støtte pasienter og pårørende i deres forsøk på å gjenoppbygge sin forståelse for deres verden og livet.

I fagartikkelen til Granum(2010) fremgår det at pasientundervisning er ikke en oppgave man kan velge bort. Uansett om undervisningen er spontan eller planlagt, er den en del av sykepleierens arbeidsoppgaver. Videre kommer det frem at det er behov for en mer reflektert pasientundervisningsrolle. Det krever kunnskap om undervisning slik at sykepleiere kan forholde seg kritisk til, problematisere og reflektere over hvordan pasientundervisning utøves

og kan videreutvikles i praksisfeltet. Dess bedre kunnskap sykepleiere har om pasientundervisning, desto større er muligheten for pasientundervisning. I studien til Engmann og Lundgren(2009) fremgår det at gjennom undervisning kan sykepleierne støtte pasienten og påvirke egenomsorgsmuligheter. Undervisningen har stor betydning for at pasienten skal kunne forstå verdien av sin egen rehabilitering.

Conradi og Rand-Hendriksen(2004) formidler i læreboken sin at fagfolket i rehabiliteringen må hele veien respektere personens rett til kunnskap om egen situasjon, og de må ha tro på ressursene til personen og i omgivelsene for å oppnå høyest mulig funksjonsnivå.

I studien til Rejnö og Post(2007) viser det seg at sykepleiere med god kompetanse og tilstrekkelig kunnskap om situasjonen pasienten er i, er med på å skape trygghet hos pasienten. Da mener jeg at gjennom å gi god informasjon til pasienten, om både sykdom og annet som gjelder på sykehuset, har sykepleier muligheten til å vise at hun har god kunnskap på dette området og kan formidle trygghet gjennom dette.

Det er viktig å ikke glemme at en må ta spesiell hensyn til slagrammede når en skal gi informasjon og undervisning. I følge Pessah- Rasmussen(2007) rammes mange slagpasienter av kommunikasjonsforstyrrelser, i den akutte fasen har 20- 40 prosent afasi. Problemer med oppmerksomhetsfunksjoner og ulike typer av minneforstyrrelser er vanlig. Nedsatt evne til å lære, tenke logisk, ta initiativ og evnen til å planlegge og utføre aktiviteter kan samtidig ha stor negativ innvirkning på rehabiliteringen. Wergeland mfl(2001) skriver at en pasient med afasi greier ofte ikke å spørre selv, derfor er det viktig at sykepleier tar initiativet til å formidle informasjon. All informasjon må gjentas. En bør bruke et enkelt språk, uten å forenkle alt for mye. Rolige og trygge omgivelser, god tid og tålmodighet er en forutsetning for at en samtale skal bli meningsfull. Pasienten kan lett bli distrauert både av støy, medpasienter og ikke minst av andres væremåte og kroppsspråk. Han trenger tid og oppmuntring for å våge å snakke.

4.3 Å motivere og oppmuntre

Det fremgår i studien til Engmann og Lundgren(2009) at pasientenes kapasitet økte ved at det ble stilt krav til dem, og at de fikk oppmuntring og motivering til trening.

Finset(2004) mener at helsearbeidere er opplært i å lete etter tegn på sykdom og redusert funksjon. Hun mener helsearbeidere har lært mer om å finne feil og utfall, enn ressurser.

Innen rehabilitering må det legges vekt på brukerens ressurser, og på den ekspressive siden handler det om bevisst å forsterke brukerens tro på seg selv og tillit til egen mestring.

I følge fagartikkelen til Olesen(2010) får vi et kraftfullt motiverende kommunikasjonsverktøy til vår rådighet, dersom vi evner å være empatiske og aksepterende. Gjennom oppmerksomhet på de følelsesmessige temaene i pasientens atferd, handlinger og kommunikasjon, kan omsorgsytere stille kreative spørsmål og fortelle historier, metaforer og eventyr som motiverer og fremmer emosjonelle ressurser og bidrar til identitet gjenoppbygging. Mot, tilstedeværelse, engasjement og kreativitet blir nevnt som motiverende faktorer og avhenger av struktur og oversikt.

I følge Eide & Eide(2007) oppmuntrer en ved å komme med oppfordringer til pasienten om til å fortsette, utdype eller fortelle videre – ”ja, bare fortsett”, fortell videre”, ”kan du si litt mer om det?”. Oppfordringer av denne typen skaper rom for den andre, stimulerer til å utdype, og kan gi en nødvendig, ekstra bekreftelse på at hjelperen lytter, er interessert og vurderer det som positivt at vedkommende går videre. Å oppmuntre til å gå videre kan formidle interesse og respekt, og representere en nødvendig motvekt og et korrektiv til de følelsene eller den indre stemmen som påvirke pasienten til å stoppe opp.

Conradi og Hendriksen(2004) hevder at for å mobilisere motivasjon og utholdenhet må *målet* for rehabiliteringen ha stor betydning for pasienten. De færreste evner å bruke betydelige krefter over lang tid hvis ikke et nyttig mål ”vinker der fremme”. Det samme mener Eide & Eide(2007) som hevder at realistiske mål styrker ens motivasjon og vilje til forandring. Realistiske og kortsiktige mål gjør handling og mestring lettere. Å nå mål gir en følelse av mestring og mening. Dermed styrkes motivasjonen for videre arbeid, forandring og fremgang.

Eide & Eide(2007) hevder at evnen til å skape en god relasjon er viktig i nær sagt ethvert forhold til pasienter og pårørende. Forfatterne mener evnen til å lytte, til å forstå den andre og til å skape god kontakt og allianse, er en viktig og ofte avgjørende faktor for å motivere for endring og utvikling.

4.4 Betydningen av 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, som var betydningsfullt for

pasientene. Deres kapasitet økte ved at det stiltes krav, fikk oppmuntring og motivering til trening. I følge Rustøen(2007) knyttet håp til mestring.

I følge Heggdal(2003) viser funnene at helsepersonell har mulighet til å knuse eller styrke håpet gjennom ord og handling. Gjennom valg av ord og kroppsspråk kan en informere om det som svikter, og samtidig styrke pasientens håp. Ved å velge å fokusere på det de har av funksjon, styrkes håpet om at de har gode muligheter for å mestre.

Det viser seg i studien til Heggdal(1994) at når personalet har ferdigheter, kunnskaper og holdninger som gjør dem i stand til å formidle kunnskap og oppmuntring på en god måte, blir håpet om bedring i fremtiden styrket hos pasienten som handlingsstrategi. Christensen(1989) mener også at det er viktig å formidle kunnskap til pasienten, da det vil muliggjør konkrete mål og planer. Hun mener at å bli møtt med en faglig utstråling har stor betydning for pasientens engasjement, og for at han kan få en spire av håp om at det her kommer til å gå bra.

I følge Christensen(1989) er også engasjementet hos sykepleierne svært viktig for å kunne formidle håp til pasienten. Hun mener en må bryte rutinen og ikke se på pasienten som et menneske med diagnose. Dette er også i tråd med Travelbees teori som sier man skal se mennesket som et unikt individ. I følge Christensen(1989) kan dette gjøres ved å få kjennskap til personen, både gjennom datainnsamling og ved å arbeide tett sammen med pasienten i rehabiliteringen.

I følge Heggdal(2003) innebærer god sykepleie å være tilstede på en måte som gjør det mulig for pasienten å uttrykke håp og mot, å ta vare på deres håp som en verdifull ressurs, og følge det opp i konkret handling. Vi må hjelpe dem til å bruke sine ressurser, til å overvinne indre og ytre hinder, slik at de kan oppnå det de håper på.

Finset(2004) hevder at i vårt møte med brukeren må vi finne en balanse mellom håp og realisme. Det er viktig å hjelpe brukeren til en mest mulig realistisk innsikt i sin tilstand. God forståelse om tilstanden, også om de begrensningene sykdommen eller skaden innebærer, er en av de viktigste forutsetningene for mestring. Men samtidig må man ikke ta håpet bort fra brukeren.

Rustøen(2007) refererer til en studie som har sett på hvordan helsearbeidere kan influere på opplevelsen av håp hos pasienter med en kronisk sykdom. Det viktigste som ble trukket frem

var: å ta seg tid til å snakke, gi informasjon, være vennlig, høflig, omsorgsfull og hjelpsom, bare ”være der” og å vise ærlighet og respekt.

4.5 Bruk av humor i utøvelsen av sykepleie

I studien til Engman og Lundgren(2009) hevdet pasientene at de syntes det var svært viktig for rehabiliteringen at de opplevde glede, humor og fellesskap med både personalet og andre pasienter. De syntes stemningen var hyggelig og satte pris på at ikke alt var så alvorlig. I studien til Reijno og Post(2007) mente informantene at de som pasienter hadde et sterkt behov for å få noe annet enn sykdom og den nye situasjonen å tenke på.

Det å ha humoristisk sans ble fremhevet av flere i studien til Heggdal(1994) som en ressurs når det gjaldt å hankes med den situasjonen de var kommet opp i. Humor ble bevisst utnyttet ved at komiske situasjoner eller kommentarer ble ivaretatt med det resultat at tiden gikk fortere, situasjonen opplevdes lettere, og en glemmer noe av elendigheten.

Engman og Lundgren(2009) hevder i studien deres at humor viser seg å kunne lindre smerte, pasienten kjenner seg mer komfortabel og blir mer avslappet. Humor gir en positiv opplevelse og beskytter mot stress, og er derfor en fordel å anvende i omsorgen.

Humor kan være en hensiktsmessig mestringsstrategi, i følge Eide & Eide(2007). De mener også at humor kan bidra til å bedre kommunikasjonen i forholdet mellom hjelper og pasient. Bjørk og Breivne(2005) hevder at humor er en individuell og personlig sak, og må derfor også brukes med en viss varsomhet. Situasjonen avgjør hva som er passende og morsomt, og innlevelse og fortrolighet er nødvendig for at humoren ikke skal virke malplassert. Å le sammen med pasienten kan gjøre det triveligere og lettere å samarbeide, og en spent situasjon kan løses opp med en velvalgt humoristisk kommentar.

Jeg har selv opplevd i praksis at ved bruk av humor i kommunikasjonen får en lettere en god relasjon med pasienten. Å tulle litt letter på stemningen og en får på en måte et problem til å virke ubetydelig. Men all bruk av humor må tilpasses til den enkelte pasient og hva type situasjon man er i.

4.6 Betydningen av pasientens delaktighet

Funn i studien til Tingvoll(2002) viste at pasientene følte at de ikke deltok i planleggingen av livssituasjonen deres etter hjerneslaget. Tingvoll(2002) hevder i studien sin at undersøkelser viser at det i helsevesenet er store utfordringer i å få gjennomført at brukeren er den som skal

legge premissene for hele rehabiliteringsprosessen. Hun mener at hver enkelt yrkesgruppe har ansvar for en felles målsetning for pasienten, og at disse målene utarbeides sammen med pasienten. Pasienten må ha eierforhold til rehabiliteringsprosessen og føle at han/hun mestrer situasjonen.

Det kommer frem i studien til Engman og Lundgren(2009) at det er viktig at begge parter diskuterer og blir enige om hvilke mål og aktiviteter som er ønskelige og realistiske, både på lang som på kort sikt, og handle ut i fra dette. Det kommer videre frem at gjennom å forklare og tydeliggjøre korte og langsiktige mål hjelper sykepleier pasienten å planlegge egenomsorgshandlinger og skaper mulighet for trening.

Tingvoll(2002) hevder i studien sin at det må jobbes mot et felles verdigrunnlag som ivaretar pasientens verdighet, og retten til å bestemme over sitt eget liv. Det må utarbeides arbeidsmetoder i lys av dette. Rehabiliteringsansvaret må ivaretas i alle ledd slik at en får helhetstenking. Til dette kreves samarbeid på tvers av fag og etat og hjelpen må samtidig være fleksibel for å møte de ulike behov pasienten har.

I følge Eide & Eide(2007) innebærer helperens målorientering både å finne ut hva pasienten faglig sett har behov for og å delaktiggjøre pasienten i prosessen for å oppnå best mulig resultat. Forfatterne refererer til Pasientrettighetsloven og yrkesetiske retningslinjer som understreker pasientens rett til å være medbesluttende. Der fremgår det blant annet at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg, og fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon. Eide & Eide(2007) hevder at dette innebærer også å ta pasienten med på råd, å respektere pasientens opplevelse av hva som er viktig og å la pasienten beholde ansvaret for å bidra med sitt til å nå målene - i den grad det er mulig og naturlig. Å respektere pasientens selvbestemmelse og autonomi er en etisk norm for alle helsefag.

Når rehabiliteringen blir brukerens egen prosess, mener Conradi og Hendriksen(2004) at ”optimal funksjonsevne” eller ”selvstendighet” kan ikke automatisk stilles opp som mål for virksomheten. Derimot er det de tilfredsstillende funksjonsformer som brukeren selv prioriterer, og den tilhørende utvikling av livsmål, holdninger og adferd, som må vektlegges. Forfatterne mener selv verdier som selvstendighet og mestringsevne ikke nødvendigvis er allmenngyldige, brukeren må ha rett til selv å definere hva som utgjør et tilfredsstillende og meningsfullt liv.

4.7 Betydningen av å kommunisere med pårørende

I studien til Wallengren, Feiberg og Segesten(2008) kommer det frem at pårørende var som skygger på sykehuset, de følte seg usynlige. Forklaringen på dette var at omsorgspersonene var helt fokusert på hjerneslagofferet og glemte de pårørende. I studien til Tingvoll(2002) påpeker pårørende mangel på informasjon på sykehuset.

Det kommer frem i studien til Wallangren, Feiberg og segesten(2008) at pårørende har et behov for å gjenopprette orden og stabilitet i den kaotiske situasjonen. Omsorgspersoner må derfor være mer oppmerksomme og mer følsomme overfor pårørende for å øke mulighetene deres til å gjenopprette orden og stabilitet i livet.

Tingvoll(2002) hevder i studien sin at det å skape trygghet hos pårørende slik at de kan være en støtte og ressurs for pasienten, vil føre til en bedre samhandling mellom de partene som er involverte i rehabiliteringsprosessen. Samtidig må en tenke på at pårørende selv kan være i en krise på grunn av den nye situasjonen, dette krever veiledning og støtte fra personalets side. Kunnskap om sykdommens forløp er nødvendig å formidle, både til pasienten og pårørende for å unngå psykisk utrygghet og konflikter både hos pasient og pårørende.

Heggdal(2003) skriver i boken sin hvor viktige ressurser pårørende er for både pasientene og personalet. Hun hevder at det er godt for pasientene å ha pårørende å støtte seg til, midt i en situasjon med stor grad av uvisshet og forandring. Ved en sykehusinnleggelse som kan medføre opplevelse av utrygghet, og i tillegg til at en del slagpasienter har vansker med å uttrykke seg, er det av stor betydning at pårørende er i nærheten som kjenner de grunnleggende behovene til pasienten.

Travelbee(2001) hevder at det er ikke bare den syke selv som trenger hjelp til å finne mening i sykdommen. Også familien kan trenge hjelp av den profesjonelle sykepleieren. Den syke er medlem av en familie, og det som skjer med den ene i familien, vil også innvirke på de andre. De andre familiemedlemmenes måte å reagere på overfor sykdommen vil uvergelig kommuniseres til den syke. I følge Travelbee bør sykepleieren gå inn for å bli kjent med den sykes familie. Hun må vise dem oppmerksomhet, hun bør snakke med dem og lytte til dem. Hun bør være tilgjengelig i tilfelle et familiemedlem ønsker å drøfte eventuelle sider ved sykepleien til den syke. Sykepleieren bør huske på at hver gang hun bistår familiemedlemmer

med støtte og oppmuntring, snakker med dem, viser dem omtanke og vennlighet i ord og handling, bistår hun også den syke.

5.0 Avslutning

Målet med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon kan støtte slagrammede på en best mulig måte i rehabiliteringen. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg funnet ut at det er flere faktorer som spiller inn for å kunne støtte slagpasientene.

Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg ett nytt perspektiv på rehabilitering av hjerneslagpasienter. Rehabilitering handler ikke bare om fysisk trening, som sikkert mange forbinder rehabiliteringen med. Det psykiske aspektet er like viktig som det fysiske aspektet. Jeg har fått en forståelse av hvor viktig det er å skape en god relasjon til pasienten for å kunne være en støttende funksjon. Den gode relasjonen skapes gjennom god, hjelpende kommunikasjon. I relasjonsarbeidet er det viktig å få pasientens tillit for å kunne støtte pasienten. Å ta seg tid, lytte og vise forståelse kommer frem som grunnleggende sykepleie for å kunne skape en god relasjon og formidle støtte. God, faglig kompetanse hos sykepleier er med på å gi trygghet hos pasienten og formidler håp. Håp er nødvendig for at pasienten skal ha styrke til å ikke gi opp og ha troen på en lysere fremtid. I tillegg viser det seg at å gi god informasjon, motivere, sørge for myndiggjøring, ta i bruk humor og å involvere pårørende er med på å støtte slagpasientene i rehabiliteringen.

6.0 Referanseliste:

- ✚ Bjørk, I. T. & Breievne, G. (2005). Kropp og velvære. I: N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E. A. Skaug (Ed). *Grunnleggende sykepleie. Bind 1.* (s.106-134). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- ✚ Conradi, S. & Rand-Hendriksen, S. (2004). Funksjonshemming og rehabilitering-ideologi og virkelighet. I: L. L. Wekre. & K. Vardeberg (Ed.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes.* (s. 23-33). Fabokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- ✚ Conradi, S. & Rand-Hendriksen, S. (2004). Rehabiliteringsprosessen. I: L. L. Wekre. & K. Vardeberg (Ed.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes.* (s. 35-39). Fabokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- ✚ Christensen, D.(1989) *Bedre liv etter lammelse? Apopleksi, sygepleje, samarbejde.* København: Munksgaard.
- ✚ Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- ✚ Engman, M. & Lundgren, S.M. (2009). Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 3(29), 32-36.
- ✚ Eide H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo, Gyldendal akademisk
- ✚ Finset, A. (2004). Kommunikasjon som en del av rehabiliteringsprosessen. I: L. L. Wekre. & K. Vardeberg (Ed.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes.*(s.41-45). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- ✚ Forsberg, C. & Wengström, Y.(2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.* Stockholm: Natur och kultur.
- ✚ Granum, V(2010). Pasientundervisning krever kunnskap. *Sykepleien*, 98(15), 62-64.
Hentet fra:
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=577196
- ✚ Heggdal, K.(2003). *Kroppskunnskap: en grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom.* Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.

- ✚ Heggdal, K.(1994). *Å være syk. En studie av sykdomsopplevelse ved hjerneslag*. Bergen: Hovedoppgave i sykepleievitenskap - Universitetet i Bergen.
- ✚ Indredavik, B.(2010) *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: helsedirektoratet.
- ✚ Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, k. & Solheim, K.(2009) *Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- ✚ Kirkevold, M. (2007). Hjerneslag-”blålys-sykdom” med langsiktige implikasjoner. I: E. Gjengedal. & B. R. Hanestad (Ed.), *Å leve med kronisk sykdom* (s. 175-207) Oslo: Cappelen
- ✚ Kirkevold, M.(2008). Hjerneslag. I: M. Kirkevold,. K. Brodtkorb. & A. H. Ranhoff (Ed.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 406-417). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- ✚ 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 03.02.11
- ✚ Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E. A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. (s.137-181). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- ✚ Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E. A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*.(s.13- 99). 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_documentoent_id=118415
- ✚ Olesen, J. (2010): Målsætnings- og motivationsarbejde indenfor rehabilitering – spesielt med fokus på apopleksi [Elektronisk versjon]. *Fysioterapeuten*, 77(10), 2-6. Hentet fra SveMed 05.02.11. http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/mx/filer/1010_Fagartikkel_net_515653.pdf
- ✚ Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- ✚ Pessah-Rasmussen, H. (2007). Rehabilitering och eftervård. I: T. Mätzsch. & A. Gottsäter (Ed.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s. 291-303). Författarna och Studentlitteratur.

- ✚ Rapport nr. 8 fra Komiteen for medisinsk teknologivurdering.(1995). *Behandling av slagpasienter: konsensuskonferanse 18.-19. januar 1995*. Oslo: Norges forskningsråd.
- ✚ Rejnö, Å. & Post, V. I. (2007). Att vårdas på en kombinerad akut och rehabiliterande strokeenhet – Patienters upplevelser från vårdtiden. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 3(27), 49-52.
- ✚ Rustøen, T.(2008). Håp hos kronisk syke mennesker. I: E. Gjengedal. & B. R. Hanestad (Ed.), *Å leve med kronisk sykdom* (s. 93-102). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- ✚ Tingvoll, W.A. (2002). Slagenhetens rolle i helhetlig rehabilitering [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, 22(4), 48-51.
- ✚ Travelbee, J.(2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- ✚ Vik, L.J.(2007). Makt og myndiggjering: utfordring for helse- og sosialarbeidarar. I: T. J. Ekeland. & K. Heggen (Ed.), *Meistring og myndiggjering- reform eller retorikk?* (s.83-101). Oslo: Gyldendal akademisk.
- ✚ Wallengren, C., Friberg, F. & Segesten, K. (2008). Like a shadow – on becoming a stroke victim´s relative [Elektronisk versjon]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(1), 48-55. Hentet fra PubMed 09.02.11.
- ✚ Wergeland, A., Ryen, S. & Olsen, T.G. (2001) Sykepleie til pasienter med hjerneslag. I: H. Almås (Ed.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 779-801). Oslo: Gyldendal Akademisk

