

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling  
(Bacheloroppgåve).

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27.04.2017 kl. 14:00

Kandidatnummer/namn: 371

Rettleiar sitt namn: Inger S. Epland

# Hjerneslag: håpets styrke

Korleis fremje håp i rehabiliteringsfasen?



*Young green bean plant.* [Fotografi]. Henta frå Encyclopædia Britannica ImageQuest  
[http://quest.eb.com/search/139\\_1914770/1/139\\_1914770/cite](http://quest.eb.com/search/139_1914770/1/139_1914770/cite)

Bacheloroppgåve i sjukepleie  
Høgskulen på Vestlandet, avdeling Stord

2017

Kull 2014

Antal ord: 8955

# Samandrag

**Tittel:** Hjerneslag: håpets styrke.

**Bakgrunn for val av tema:** Gjennom utdanninga mi har eg i praksis på rehabiliteringsavdeling møtt pasientar med gjennomgått hjerneslag som har opplevd manglande håp for framtida. På bakgrunn av dette vil det i sjukepleiepraksis vere viktig å ha kunnskap om kva ein kan bidra med for å fremje håpet deira.

**Oppgåvas hensikt:** Å få auka kunnskap om korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å fremje håp hos pasientar med gjennomgått hjerneslag.

**Problemstilling:** ”Korleis kan sjukepleiar bidra til å fremje håp hos pasientar i rehabiliteringsfasen etter nyleg gjennomgått hjerneslag?”.

**Metode:** Oppgåva er eit litteraturstudie, der eksisterande forskning og anna relevant litteratur er brukt for å kunne svare på problemstillinga. Artiklane er funne gjennom databasane CINAHL og Embase. På bakgrunn av søkeorda ”nursing”, ”stroke”, ”hope”, ”health care”, ”factors influencing”, ”rehabilitation” og ”cerebrovascular accident” inkluderte eg 4 artiklar.

**Resultat:** Funna frå forskingsartiklane viser faktorar som kan påverke håpet. Viktige faktorar for å bidra til å fremje håp i møte med den slagamma, omhandlar relasjonsbygging, lytting, forståing, kunnskap, informasjon, realistiske håp og meningsfulle og oppnåelege mål.

**Oppsummering:** Sjukepleiar kan bidra til å fremje pasientane sitt håp om ho har kunnskap om kva håp er for pasienten, og om ho skapar ein relasjon der ho ser han som eit unikt individ, lyttar og tar seg tid til han. Det viser seg at sjukepleiar ved å gi pasienten informasjon om tilstanden hans, skapar ei betre forståing og tar bort utryggleik. Viktigheita av å hjelpe pasienten til å skape realistiske håp og setje meningsfulle mål kjem fram. Det viser seg at håpet er avgjerande for at pasienten skal sjå mot framtida og moglegheitene den inneber, samt få krefter og motivasjon til å komme seg gjennom rehabiliteringsprosessen.

**Nøkkelord:** håp, hjerneslag, kunnskap, relasjon, realistisk håp.

## **Abstract**

**Title:** Stroke: the strength of hope.

**Background:** Throughout my education, I have met patients with stroke at a rehabilitation department that have experienced lack of hope for the future. Based on this, it will in nursing practice be important to have knowledge about how to contribute to promote their hope.

**Purpose:** To increase knowledge about how a nurse can contribute to promote hope in patients after having a stroke.

**Research question:** “How can a nurse contribute to promote hope in patients in the rehabilitation phase after recently stroke?”

**Method:** The thesis is a literature study, where the data from existing research and other relevant literature are used to answer the issue. The articles were found through the databases CINAHL and EMBASE. Based on the keywords “nursing”, “stroke”, “hope”, “health care”, “factors influencing”, “rehabilitation” and “cerebrovascular accident, I included 4 articles.

**Results:** The results from the research articles show factors that can affect the hope. Important factors to help promote hope in meeting with the stroke patient, is relationship building, listening, understanding, knowledge, information, realistic hope and meaningful and achievable goals.

**Summary:** The nurse can contribute to promote the patients hope if she has knowledge about what hope is for him, and if she creates a relation where she sees him as a unique individual, listens and uses time on him. It shows that the nurse, by giving the patient information about his condition, creates a better understanding and eliminates insecurity. The importance of helping the patient to create a realistic hope and setting meaningful goals appears. It turns out that hope is crucial for the patient to look forward to the future and the possibilities it entails, as well as gaining the strength and motivation to get through the rehabilitation process.

**Key words:** hope, stroke, knowledge, relation, realistic hope.

## Innholdsliste

1. Innleiing.....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2 Oppgåvas hensikt.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Presisering og avgrensing av problemstilling .....	2
2. Teori.....	3
2.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori .....	3
2.2 Håpets betydning for den slagamma .....	4
2.3 Hjerneslag: symptom og konsekvensar .....	5
2.4 Sjukepleiar i møte med den slagamma i rehabiliteringsfasen .....	6
3. Metode .....	8
3.1 Framgangsmåten metode.....	8
3.2 Litteraturstudie som metode.....	8
3.3 Framgangsmåte .....	8
3.4 Kritisk vurdering av forskingsartiklar.....	9
3.5 Kjeldekritikk og vurdering av eiga oppgåva i høve kvalitet og etikk.....	11
4. Resultat.....	13
4.1 Oppsummering av hovudfunn i artiklane .....	13
4.2 Samandrag av artiklar .....	13
5. Drøfting.....	17
5.1 Å skape ein god relasjon mellom pasient og sjukepleiar .....	17
5.2 Kunnskap og informasjon.....	19
5.3 Realistiske håp .....	21
6. Avslutning.....	24
Referansar .....	25
VEDLEGG I - Søkehistorikk .....	1
VEDLEGG II - Oversiktstabell over anvendte artiklar .....	3

## 1. Innleiing

Hjerneslag rammar rundt 12 000 personar i Noreg årleg (Direktoratet for e-helse, 2016). Det er den tredje hyppigaste årsaka til død og den vanlegaste årsaka til alvorleg funksjonshemming. Av dei ramma vil om lag ein tredjedel få igjen full eller tilnærma full funksjon, ein tredjedel vil døy og ein tredjedel vil få funksjonshemming i den grad at det vil medføre avhengigheit frå andre. Hjerneslag medfører store utfordringar for den som rammast, pårørande, helsetenesta og samfunnet (Helsedirektoratet, 2010). I den somatiske delen av helsetenesta er dette den sjukdomsgruppa som krev flest pleiedøgn. Det er anslått at dei samla kostnadane for slagsjukdommar i Noreg ligg på kring 6 milliardar per år (Norsk helseinformatikk, 2016). Vidare er det rekna at kostnadane ved eit hjerneslag i snitt er på kring 600 000 kroner, relatert til grad av funksjonshemming. Ved å redusere funksjonshemming etter hjerneslag gjennom behandling og rehabilitering, reduserer ein dermed kostnadane. Dei som overlev har stor nytte av rehabilitering i følgje Helsedirektoratet (2010), og det er vist at håp har avgjerande betydning i rehabiliteringsprosessen (Tvetter, 2011).

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

I løpet av utdanninga mi har eg i praksis på rehabiliteringsavdeling møtt fleire pasientar ramma av hjerneslag. Eg såg at særskilt den første tida kunne vere prega av stor usikkerheit. For nokre pasientar førte dette til manglande håp for framtida, og dette gjorde inntrykk på meg. Eg har sett viktigheita av tidleg behandling for den vidare rehabiliteringsprosessen. Dette gir pasienten betre føresetnader for å kome tilbake til ein tilnærma lik kvardag som før hjerneslaget intrådde. Helsedirektoratet (2010) understrekar at tidleg innsetjande behandling er nødvendig for å avgrense skadeomfanget, og ved å setje inn stimulering/rehabilitering på eit tidleg stadium kan ein fremje reparasjons- og betringsprosessar. Det eg også har sett hos nokre pasientar er mangelen på initiativ og motivasjon til rehabilitering, sjølv der pasienten uttrykkjer ønskje om å få tilbake tapte eller nedsette funksjonar i den grad det er mogleg. Fleire pasientar eg har møtt har opplevd tap av ulike funksjonar i forbindelse med hjerneslaget, noko som i den samanheng har medført at dei i ulik grad har opplevd manglande håp for framtida. I samhandling med desse pasientane var eg usikker på korleis eg skulle møte dei og korleis eg kunne bidra til å fremje håpet deira.

## 1.2 Oppgåvas hensikt

Hensikta er å få meir kunnskap om pasientar med nyleg gjennomgått hjerneslag og deira oppleving av håp. Eg ynskjer å finne ut korleis sjukepleiar på best mogleg måte kan bidra til å fremje håpet deira. Dette vil samstundes gjer meg meir rusta i mitt framtidige arbeid som sjukepleiar i møte med slagamma.

## 1.3 Problemstilling

”Korleis kan sjukepleiar bidra til å fremje håp hos pasientar i rehabiliteringsfasen etter nyleg gjennomgått hjerneslag?”.

## 1.4 Presisering og avgrensing av problemstilling

I denne oppgåva vel eg å ha fokus på pasientar innlagt på rehabiliteringsinstitusjon etter hjerneslag. Fokus kjem til å vere retta mot pasientar som har gjennomgått hjerneslag innan dei tre siste månadane. Aldersgruppa er pasientar over 18 år, i hovudsak middelaldrande. Eg kjem til å ha fokus på både menn og kvinner då hjerneslag er noko som råkar begge kjønn.

## 2. Teori

### 2.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

Joyce Travelbee definerer sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess, der sjukepleiaren skal hjelpe individet, familien eller samfunnet til å førebyggje, meistre eller om naudsynt finne mening i erfaringar med sjukdom og lidning (Travelbee, 1999, s. 29). Kommunikasjon er ein prosess som gjer sjukepleiar i stand til å etablere eit menneske-til menneske-forhold. Dette forholdet etablerast og haldast ved like av sjukeleiar (Travelbee 1999, s. 135-136). Kommunikasjonen er ikkje eit mål i seg sjølv, men eit middel i å nå interaksjonsprosessen (samhandlinga) sitt mål, som omhandlar å fylle sjukepleia sitt mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 140). I møte mellom sjukepleiar og pasient føregår det ein kommunikasjon, både når dei er tause og når dei samtalar. Den sjuke kommuniserer til sjukepleiaren gjennom åferda, haldninga, andletsuttrykket og manerane sine. Begge partar kommuniserer, enten medviten eller umedviten. Sjukepleiaren må kunne forstå kva den sjuke kommuniserer og nytte denne informasjonen i planlegginga av sjukepleieintervensjonar (Travelbee (1999, s. 138). For å kunne oppnå eit menneske-til-menneske-forhold er det avgjerande å sjå forbi merkelappane sjukepleiar og pasient og verdsetje ein annan som unike individ (Travelbee, 1999, s. 171). I etableringa av dette forholdet kan ein skape ein relasjon prega av tryggleik, noko som gjer det mogleg å ivareta måla med sjukepleia (Travelbee, 1999, s. 215-216).

I følge Travelbee (1999, s. 122) er håp ein mental tilstand kjenneteikna ved eit ønske om å nå eit mål, samstundes med ei forventning om at det ein ønskjer eller strevar mot er oppnåeleg. Den som håpar trur at livet vil endre seg ved at det vil gi meir glede, bli meir behageleg eller meningsfylt om ein oppnår det ein ønskjer. Likevel er det større eller mindre sannsyn for at den som håpar kan forvente å oppnå det han ønskjer utifrå hans utgangspunkt. Den som opplev håpløyse, er utan håp, og han prøver ikkje å løyse problema eller meistre det som er vanskeleg, fordi han ikkje trur det er mogleg å få til endringar. Dei som er utan håp er ikkje orientert mot framtida, men mot stunda her og no. Det kan vere for vondt å i det heile tenke på framtida. Travelbee (1999, s. 123) hevdar at ei viktig sjukepleieoppgåve er å ivareta og fremje håp hos menneske som lid, og å hjelpe med å gjenvinne håpet om det opplevast tapt.

Travelbee (1999, s. 118-120) beskriv sju kjenneteikn ved håp. At håpet er *relatert til avhengigheit* av andre inneber ei forventning om at ein får hjelp, spesielt når eins egne ressursar ikkje strekk til. Den som har håp ønskjer ei endring i situasjonen sin, og håpet kan



difor seiast å vere *framtidsetta*. At håp er *relatert til val* kan gi ei oppleving av fridom og autonomi, og kan skape ein følelse av kontroll i situasjonen. Håpet er *relatert til ønskjer*. Ønsket ligg tett opp til ”magisk håp”, men skil seg frå håpet ved graden av sannsynet for å oppnå det ein ønskjer. Når ein ønskjer vil ein ofte ha noko usannsynleg, og er klar over dette. Når ein har håp, har ein ei sterk tru på at det kan realiserast. Håpet har også *samanheng med tillit og uthald*. *Tillit* gir tryggleik om at andre vil hjelpe, og *uthald* er evna til å prøve igjen, noko som gjer ein i stand til å tåle vanskelege opplevingar over tid utan å miste motet. Utan tillit og uthald er arbeid med rehabilitering vanskeleg. At håp er *relatert til mot* inneber at sjølv om ein innser sin utilstrekkelegheit og frykt, så står ein på for måla ein har, sjølv om det kan vere små utsikter for at desse kan nåast.

## 2.2 Håpets betydning for den slaggramma

Håp blir sett på som ein motiverande faktor i menneskeleg åtferd og det gjer ein i stand til å meistre vonde og vanskelege situasjonar som tap og liding. Det kan gi energi og krefter til vanskelege oppgåver i ein rehabiliteringsprosess (Travelbee, 1999, s. 117). Håp kan gjer at ein hentar sine ressursar og får ein følelse av at det er lys i enden av tunellen. Det kan mobilisere energi og gi ein krefter til å takle motgang (Renolen, 2015, s. 174). Motivasjon blir sett på som ein sentral faktor i rehabiliteringsverksemd, og sidan håpet er grunnleggande for motivasjonen er det difor avgjerande i rehabilitering (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s. 129).

Sjukdom som medfører usikkerheit kring framtida kan medføre at ein taper håpet (Rustøen, 2001, s. 100). For pasientar som har hatt hjerneslag er håp og tru på betring ein avgjerande faktor og noko av det viktigaste dei kan ha. Det er likevel viktig å vite kva som er håp innan rimelegheita sine grenser og kva som er ønskjetenking (Krogstad, 2015, s. 76).

Når det kjem til kva den einskilte sitt håp er knytt til, vil dette variere frå person til person og avhenge av situasjonen. Sjukepleiar må hjelpe pasienten med å finna fram til kvar hans håp er, til å halde fast ved håpet når han opplev motgang, og å vere eit vikarierande håp når han lid. I andre periodar kan sjukepleiaren gi støtte og råd til nytt innhald i håpet (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011, s. 270-271).

### 2.3 Hjerneslag: symptom og konsekvensar

Hjerneslag (Apoplexia cerebri) er nemninga på ein skade på hjernevevet grunna plutselig opphøyrtd blodtilførsel til eit område av hjernen (Bertelsen, 2011, s. 318). Av alle hjerneslag utgjer hjerneinfarkt ca. 85-90%, hjerneblødingar 10-12% og hjernehinneblødingar 3-5% av tilfella (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010, s. 262). Den vanlegaste årsaka til hjerneslag er blodpropp (hjerneinfarkt). Vert denne proppen sitjande fast i ei blodåre i hjernen kan dette blokkere blodstraumen og skade den delen av hjernen som ikkje lenger får tilførsel av blod. Om hjerneslaget er forårsaka av ei bløding skuldast dette eit blodkar som sprekk i eller nær hjernen (Norsk helseinformatikk, 2013). Transitorisk iskemisk anfall (TIA) er ein akutt forstyrning i blodsirkulasjonen i hjernen der pasienten får nevrologiske symptom som også kan oppstå ved hjerneslag, men ved TIA forsvinn desse i løpet av 24 timar (Wergeland et al., 2010, s. 263).

Eit hjerneslag oppstår ofte raskt og utan førevarsel, men kan nokre gonger utvikle seg gradvis. Symptoma og konsekvensane dette får, avhenger av kvar i hjernen skaden inntreffer (Wergeland et al., 2010, s. 263). Symptom kan vere svakhet, nummenheit eller lamming i ei side av kroppen, svimmelhet, vanskar med å gå, ei side av andletet kan henge ned, talevanskar, problem med å skjønne kva andre seier, synsvanskar, besvimelse, intens hovudverk og svelgproblem. Symptom på hjerneslag er ein naudsituasjon som krev akuttbehandling på sjukehus. Behandlinga avhenger av om ein har blodpropp eller bløding. Det vert teke CT- eller MR-undersøking, som fortel kva det dreier seg om. Ved blodpropp kan ein nytte alteplase som er eit trombolytisk legemiddel. Dette må giast så snart som råd, og innan tre timar innan eit hjerneslag for å få blodet til å flyte normalt igjen. Om hjerneslaget skuldast ei bløding kan ein måtte operere for å prøve å reparere det øydelagde blodkaret og fjerne blodsamlinga (Norsk helseinformatikk, 2013).

Storhjernen er delt i høgre og venstre hjernehalvdel (hemisfære), og kvar av desse er spesialisert til ulike funksjonar og har ulike måtar å arbeide med informasjon på. Ved lesjonar/skadar i venstre hemisfære er ein vanleg følge emosjonelle forstyrningar som depresjon, initiativlausheit og angst (Wergeland et al., 2010, s. 264). Psykiske endringar som kan oppstå etter hjerneslaget kan skuldast både hjerneskadene og ein reaksjon på det som har skjedd. Det kan opplevast som ein katastrofe og ein situasjon der pasienten føler seg hjelpelaus, avhengig av andre, med avgrensa kapasitet og der han har meir enn nok med å meiste augneblinken. Etter kvart som pasienten kjem seg vil avgrensingane som skuldast

hjerneskadene komme til syne. Korleis pasienten evnar å mestre sitt nye liv vil avhenge av kva hjernehalvdel som er ramma, og kva åtferdsmessige endringar dette har medført (Wergeland et al., 2010, s. 268).

#### 2.4 Sjukepleiar i møte med den slagamma i rehabiliteringsfasen

Hjerneslag medfører ein ny livssituasjon forbunde med stor usikkerheit kring framtida, noko pasienten kan oppleve som vanskeleg å forholde seg til (Finset, 2004, s. 42). Sjukepleiar er ei støtte for pasienten og kan gi informasjon om tilstanden og om rehabiliteringsmoglegheitene (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 117- 118). I følge Kristoffersen et al. (2011, s. 276) treng dei fleste å sortere egne følelsar og tankar og på den måten komme seg vidare i livet. Sjukepleiar er tilstade hos pasientane mesteparten av dagen, noko som gjer ho spesielt godt eigna til å samtale og å lytte til pasienten (Kristoffersen et al., 2011, s. 278). God kommunikasjon er nøkkelen til eit godt samarbeid mellom pasienten og sjukepleiaren, og eit godt resultat av rehabiliteringsprosessen. I samhandling med pasienten må sjukepleiar vere merskam på korleis ho i kommunikasjonen syner kva følelsar, haldningar og relasjonar ho har til han (Finset, 2004, s. 41). Sjukepleiaren si oppgåve er å finne ein balanse mellom håp og realisme, noko som betyr at ho må hjelpe pasienten til ein mest mogleg realistisk innsikt i tilstanden sin. Ved at pasienten forstår tilstanden med dei avgrensingane denne har, skapar dette føresetnader for meistring. Samstundes må ho ikkje ta bort håpet frå pasienten. Ofte er håpet om betra funksjon tilstade, og det er viktig å bidra til å styrke dette i løpet av rehabiliteringsprosessen (Finset, 2004, s. 42-43).

Rehabilitering blir definert som tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi naudsynt bistand til brukarens eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjon- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (St.meld. nr. 21 (1998-1999)). Ein vidare beskriving av denne definisjonen går ut på at rehabilitering skal bidra til å redusere konsekvensen av sjukdom ved opptrening av skada funksjonar, samt hjelpe individet til å mestre kvardagen ved å ta i bruk heile potensialet hans. I rehabiliteringsprosessen for slagpasientar er det er for lite merksemd på eit heilskapleg perspektiv der helsepersonell også ser dei psykososiale faktorane si betydning for individet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007-2008). Ein vanleg misforståing er å oppfatte rehabilitering som berre opptrening av fysiske ferdigheiter, der pasienten har håp om å bli som før. Når pasientar vert ramma av hjerneslag som kan medføre varige skader, har dei ulike

føresetnader og behov, og følgjene av skadane kan gi ein ny og annleis kvardag. Pasienten er i ein unik situasjon som krev tilpassing ut frå hans livssituasjon. Fysisk opptrening kan for pasienten opplevast utilstrekkeleg om han opplev å ikkje meistre kvardagen. Ved varige skader vil rehabilitering dreie seg om å venne seg til ein ny livssituasjon og leve så bra som mogleg ut frå føresetnadane han har (Rene & Larsen, 2012, s. 221-222).

I arbeidet med slagpasientar har sjukepleiaren ein *bevarande*, *fortolkande*, *trøstande* og *integrerende* funksjon. Den *bevarande* funksjonen inneber at sjukepleiar gjennom terapeutiske intervensjonar bevarer og betrar funksjonsnivået og førebygg komplikasjonar og skadar. Den *fortolkande* funksjonen handlar om tiltak sjukepleiar gjer for å hjelpe pasienten og pårørande til å få oversikt over og til å sjå konsekvensane av skaden. Den *trøstande* funksjonen omhandlar tiltak og vurderingar sjukepleiaren gjer for å lette emosjonell smerte og lidning som følgje av skaden. Denne funksjonen er meir retta mot dei følelsesmessige behova hos pasienten, men er nær knytt til den fortolkande funksjonen. Den *integrerende* funksjonen dreier seg om handlingar og vurderingar sjukepleiar gjer for å hjelpe pasienten til å integrere kunnskap i dagleglivet sine aktivitetar (Romsland, et al., 2015, s. 29). Av Pasient- og brukarrettslova (1999) § 3-2 første ledd kjem det fram viktigheita av tilstrekkeleg informasjon om eiga helsetilstand. Norsk Sykepleierforbund (2011) sine *yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* understrekar at sjukepleiar skal gi tilpassa informasjon for å fremje pasienten sine moglegheiter. Det kjem vidare fram at sjukepleiar skal styrke håp og meistring hos pasienten. Eit område innan rehabilitering der sjukepleiaren har i oppgåve å bistå pasienten, er i følgje Hoeman (sitert i Romsland et al., 2015, s. 30), å hjelpe han til å oppnå eller vedlikehalde hensiktsmessig meistring av endringar og utfordringar pasienten erfarer. Her nyttar sjukepleiar sin fortolkande, integrerende og trøstande funksjon (Romsland et al., 2015, s. 30-31). I utøvinga av desse funksjonane står det i helsepersonellova (1999) § 4 at kravet om fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp står sentralt. Molven (2012, s. 128) hevdar at kravet om fagleg forsvarlegheit inneber kunnskap i hjelpa sjukepleiar gir.

### 3. Metode

#### 3.1 Framgangsmåten metode

Metode er framgangsmåten ein nyttar for å løyse eit problem (Dalland, 2012, s. 111). I denne oppgåva ønska eg å få svar på korleis sjukepleiar kan bidra til å fremje pasientar sitt håp. Tre av artiklane eg nytta brukte kvalitativ metode, medan den siste tok utgangspunkt i eksisterande forskning av kvalitativ type. Kvalitativ metode var relevant for problemstillinga, då den har til hensikt å gi kunnskap om mellom anna opplevingar og erfaringar (Thidemann, 2015, s. 76-78).

#### 3.2 Litteraturstudie som metode

Problemstillinga i denne oppgåva har blitt svara på ved hjelp av ulik litteratur. Det måtte eit systematisk litteratursøk til for å finne den mest relevante litteraturen.

Metoden litteraturstudie omhandlar å finne fram til eksisterande forskning på området ein ønskjer å studere (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). Eit systematisk litteraturstudie går ut på å søke, kritisk granske og samanfatte litteraturen innanfor valt problemområde. Det inneber ein problemformulering, spørsmål som kan svarast på, ein plan, velje søkeord og søkestrategi, finne fram til og velje litteratur i form av vitenskaplege artiklar eller rapportar, kritisk vurdere, kvalitetsbedømme og velje den litteraturen som skal inngå i studien, analysere og diskutere resultatet og til slutt samanfatte og dra konklusjonar (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30-32).

#### 3.3 Framgangsmåte

For å samle inn data(søk) har eg nytta biblioteket på Høgskulen på Vestlandet sine nettsider *helsefaglege ressursar* CINAHL og Embase. I databasen CINAHL gav ”nursing” i kombinasjon med ”stroke” mange treff. I kombinasjon med ”hope” gav det treff på 6 artiklar. Artikkelen til Tutton, Seers, Langstaff og Westwood (2012) var relevant for problemstillinga og blei difor inkludert. Den omhandla håp og håplausheit hos pasientar med gjennomgått hjerneslag og korleis sjukepleiar kunne bidra til å skape realistiske håp.

Det blei utfordrande å finne relevante artiklar. Dette resulterte i ulike former for søkeord innan same kategori. I CINAHL fekk eg treff på ein relevant artikkel av Soundy, Stubbs, Freeman, Coffee, Roskell og Carolyn (2014) ved kombinasjonen ”factors influencing”,

”health care” AND ”hope”. Denne blei inkludert sidan den gav informasjon om faktorar som kunne fremje/hemme håpet.

I databasen Embase resulterte søkeorda ”hope”, ”cerebrovascular accident” AND ”health care” kombinert med ”rehabilitation” i 4 treff. Artikkelen til Bright, Kayes, McCann og McPherson (2013) blei inkludert sidan den undersøkte korleis personar med gjennomgått hjerneslag opplevde håp, samt faktorar som kunne påverke opplevinga den første tida av rehabiliteringa. Eg hadde lese litt av Vibeke Lohne som er førstelektor med sjukepleie i botn. I CINAHL fekk eg 6 treff ved kombinasjonen ”hope” AND ”nursing” med avgrensinga ”Lohne”. Artikkelen til Lohne og Severinsson (2006) blei inkludert sidan den utforska pasienten sine erfaringar med betydinga av håpet.

Eg søkte etter utleigebøker i Oria på høgskulen sine nettsider under *Biblioteket*. ”Håp og sykepleie” avgrensa til bøker gav 39 treff. *Håp og livskvalitet* av Rustøen (2001) blei valt grunna temaet sin relevans for problemstillinga. Søket ”hjerneslag og rehabilitering” avgrensa til bøker gav 26 treff. *Lærebok i rehabilitering: Når livet blir annerledes* av Wekre et al. (2004) blei valt då pasientane eg fokuserte på var i rehabiliteringsfasen. Søket ”Rehabilitering og motivasjon” gav treff på *Det handler om verdighet og deltakelse* av Bredland et al. (2011). Den blei inkludert sidan den tok opp kva sjukepleiar kunne bidra med i rehabiliteringsprosessen.

### 3.4 Kritisk vurdering av forskingsartiklar

Etter kritisk vurdering av artikkelen til Tutton et al. (2012), kom eg fram til at denne heldt god kvalitet. Føremålet med studien er tydeleg, og det er hensiktsmessig med ei kvalitativ tilnærming når ein undersøkar erfaringar og opplevingar. Det var ikkje mange deltakarar i studien, men forskarane får likevel fram individuelle skilnader. Resultata kjem tydeleg fram og fire tema rundt håp blir presentert i overskrifter, samt det blir beskrive sjukepleieintervensjonar. Artikkelen undersøkar opplevinga av håp og korleis sjukepleiaren kan hjelpe pasienten til å fremje håpet. Eg vurderer den difor som relevant for problemstillinga, samt for sjukepleiefaget. Alle deltakarane hadde moglegheit til å trekke seg i løpet av studien, det blei innhenta skriftleg samtykke, og gitt tillating gjennom forskningsetisk komité.

Studien av Soundy et al. (2014) er eit forteljande kvalitativt studie der forskarane gjennom systematiske søk etter artiklar ynskja å forske på kva faktorar som fremma eller hemma håpet hos hjerneslagpasientar eller ryggmargsskada. Det er ikkje eit primærstudie, så forskarane beskriv her korleis dei fann artiklar. Resultatet er tydeleg og blir presentert i ulike kategoriar. Studiet inneheld også ryggmargsskada, men eg ser likevel på det som relevant sidan det omhandlar faktorar som fremjar/hemmar håpet. Studiet kan gi helsepersonell kjennskap til faktorane, noko som kan gi moglegheiter for betre utfall av rehabiliteringsprosessen. I bruken av artikkelen har eg konsentrert meg om pasientane med hjerneslag.

Artikkelen til Bright et al. (2013) er eit kvalitativ studie. Eg kom fram til at artikkelen heldt god kvalitet etter kritisk vurdering. Forskarane ville undersøke korleis pasientar med afasi (språkvanskar) etter hjerneslag opplevde håp den første perioden med rehabilitering og ville identifisere faktorar som kunne påverke opplevinga. På tross av berre fem deltakarar har forskarane fått fram individuelle skilnader gjennom intervju. Resultata kjem tydeleg fram. Studien tar føre seg ei pasientgruppe (afasi) eg ikkje har valt å ha fokus på. Den er likevel relevant for problemstillinga ved å gi informasjon om korleis helsepersonell kan påverke håpet til pasienten. Skriftleg samtykke vart innhenta før datasamlinga starta og studien fekk godkjenning gjennom to forskningsetiske komitear.

Etter kritisk vurdering, ser eg på artikkelen til Lohne og Severinsson (2006) som relevant for problemstillinga. Hensikta kjem tydeleg fram og resultatata blir presentert etter kategori i tabell. Studien byggjer meir på pasientane sine opplevingar rundt betydinga av håpet enn kva sjukepleiaren kan gjer for å fremje det, men det gjer ein merksam på kva som ligg i håpet for den einskilte. Forskarane tar føre seg pasientar med ryggmargsskade eit år etter skaden, noko som gjorde at eg lurte på om studien var aktuell før eg hadde lese den. Eg ser på den som relevant då pasientane i intervju snakkar om betydinga håpet hadde spesielt den første fasen av skaden. Sjølv om den ikkje omhandlar pasientar med hjerneslag, er den likevel relevant, sidan det kjem fram at håp gir energi og viljestyrke til rehabiliteringsprosessen. Dette har eg sett har vore avgjerande også ved rehabilitering etter hjerneslag. Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk og Norsk senter for forskingsdata godkjende studiet. Pasientane blei garantert anonymitet og konfidensialitet, fekk munnleg og skriftleg informasjon om føremål, innhald og omfang av studiet. Skriftleg samtykke vart innhenta.

### 3.5 Kjeldekritikk og vurdering av eiga oppgåva i høve kvalitet og etikk

Kjeldekritikk er metodane ein nyttar for å bestemme om ei kjelde er sann (Dalland, 2012, s. 67). Ein må vurdere om litteraturen ein nyttar gir pålitelege, relevante og gyldige resultat i høve problemstillinga i oppgåva (Dalland, 2012, s. 72-73). I leiting etter forskingsartiklar nytta eg sjekklister for kvalitative artiklar (Kunnskapssenteret, 2017), som mellom anna innebar spørsmål om studien var relevant for problemstillinga.

For å svare på problemstillinga nytta eg forsking, pensum, samt anna litteratur. Noko av litteraturen var primærkjelder, som betyr at forfattaren sjølv har presentert sin teori. Eg har og nytta sekundærkjelder, som inneber at teksten er oversett og tolka av ein annan enn den opphavlege forfattaren. Fagstoff og pensum er ofte sekundærlitteratur. Dette kan påverke forfattaren si tolking av primærlitteraturen (Dalland, 2012, s. 73), og mogleg hatt betydning der eg har anvendt denne.

I utøving av kjeldekritikk passa eg på at litteraturen var godt nok oppdatert i høve eit fagfeltet i utvikling (Dalland, 2012, s. 72-73). Med unntak av Lohne og Severinsson (2006) sin artikkel, er ingen eldre enn 5 år. Denne omhandla pasientar sine opplevingar av håp, som av høgste sannsyn er dei same i dag. Oppgåva byggjer på Joyce Travelbee sin sjukepleieteori. Boka er frå 1999, men er inkludert grunna relevans for problemstillinga og sjukepleiefaget.

På tross av grundige søk etter forskingsartiklar tidleg i prosessen, var det utfordrande å finne artiklar som støtta problemstillinga. Tallause ordkombinasjonar i ulike databasar resulterte i få relevante artiklar knytt direkte til pasientar med hjerneslag. Studia til Lohne og Severinsson (2006) var knytt til håp hos ryggmargsskada. Den blei inkludert då den fekk fram at håp var individuelt, noko som kan hjelpe sjukepleiar til å forstå den einskilde. Viktigheita av håp for rehabiliteringsprosessen kom fram, og saman med dei andre anvendte studiane støttar denne problemstillinga. Fokus er på *sjukepleiar* i problemstillinga, og søk på "nurse" gav ikkje relevante treff. "Nursing" resulterte i to inkluderte artiklar, sjølv om *sjukepleie* ikkje er heilt i tråd med problemstillinga. Artikkane omhandla korleis sjukepleiar kunne bidra til å skape realistiske håp og erfaringa av håp hos pasientane, og eg såg difor på artikkane som relevante. 3 av 4 forskingsstudiar var primærlitteratur med kvalitativt design, og tok føre seg opplevinga/erfaringa den einskilde hadde av håp og kva som kunne påverke det. Desse studiane nytta intervju, noko som i følgje Dalland (2012, s. 120) kan vere ei mogleg kjelde til unøyaktigheit. Eg meiner likevel artikkane er pålitelege då forsakarane har teke omsyn til moglege feilkjelder i kommunikasjonsprosessen. Artikkelen til Soundy et al. (2014) var



sekundærlitteratur, og blei inkludert grunna relevans for problemstillinga, då den greidde ut om faktorar som kunne fremje/hemme håpet. Den viste til forskning som nytta data frå eksisterande primærstudie, og Dalland (2012, s. 79) får fram at slike data er reanalysert. Ei ulempe er at studias forfattarar kan ha mistolka innhaldet i primærstudiet, jamføre Dalland (2012, s. 73), og for å redusere risikoen for mistolkingar sjekka eg opp i nokre av referansane. Søket ”motivasjon” i Oria var ikkje heilt i tråd med problemstillinga. Boka til Bredland et al. (2011) blei likevel inkludert grunna relevans.

I følge Dalland (2012, s. 96) dreier forskningsetikk seg om å unngå å unngå å påføre forskingsdeltakarar skadar eller belastningar, og ta omsyn til dei i høve personvernet. Forskingsetisk komité skal sikre at einskiltindivid og samfunnet sine interesser blir ivaretekte. I høve dei 3 kvalitative studiane eg nytta, brukte alle intervju som metode. Alle studiane hadde fått godkjenning gjennom forskningsetisk komité. Det vart og innhenta skriftleg samtykke av deltakarane før studia starta.

Eg har teke omsyn til etiske retningslinjer for oppgåveskriving ved å tilvise til litteratur og forskning. Dette for å unngå å drive med plagiat, steling og uredelegheit. Dalland (2012, s. 80) hevdar at plagiat er å ta æra for andre sitt arbeid ved å oppgi det som eige. Akademisk redelegheit er motsetninga av plagiat, og handlar om å gi lesaren kjennskap til kva litteratur ein har nytta.

Der egne praksiserfaringar er brukt for å svare på problemstillinga, har eg ivareteke teiingsplikta mellom anna ved å anonymisere stad og pasient, slik at det ikkje er mogleg å kjenne att.

## 4. Resultat

### 4.1 Oppsummering av hovudfunn i artiklane

Det kjem i fleire av studiane fram at pasientane slit med å oppretthalde håpet i forbindelse med ein ny kvardag prega av usikkerheit kring framtida. Artiklane gir oss eit innblikk i kva som er viktig i møte med desse menneska. Det inkluderer å skape ein god relasjon der sjukepleiar ser pasienten for den han er og nyttar vennlegheit og latter for å halde han positiv og håpefull. Ein kommunikasjon der sjukepleiar er villig til å lytte og har nok tid er noko pasientane verdset. Gjennom å vere bevisst og ha forståing for den einskilte sin situasjon kan sjukepleiar bidra til å fremje håpet. Det kjem fram at det er avgjerande at sjukepleiaren har kunnskap og gir pasienten informasjon om tilstanden hans for at han skal kunne oppleve tryggleik og forståing i situasjonen. Pasientar fortel om fortviling og redusert motivasjon grunna avgrensa kunnskap om tilstanden sin, noko som hemma håpet deira. Sjukepleiarane må sørge for at håpefullheita er realistisk ved å balansere melom å gi håp, men samstundes unngå falske forhåpningar. Sjukepleiar kan bidra til å fremje håpet ved å hjelpe pasienten til å setje seg meningsfulle og oppnåelege mål. Ho må vere observant på at manglande evne til å nå måla kan verke hemmande for håpet.

### 4.2 Samandrag av artiklar

#### 1. Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study

Hensikta til Tutton et al. (2012) var å undersøke opplevinga og meininga av håpet hos pasientar og personale på ei britisk slageining. Studien er kvalitativ. Ti pasientar og ti tverrfagleg personale vart intervjuet og det vart utført 21 timar med deltakande observasjon og uformell samtale. Personalet blei spurt kva erfaringar dei hadde av håp, medan pasientane blei spurt om deira erfaringa knytt til det å ha fått hjerneslag.

Funna viser fire tema som inkluderer liding, pasientar som slit utan håp og med fortviling, håp for utvinning og realistisk håpefullheit. I samanheng med at pasientane vart ramma av slag medførte dette ulik grad av tap av funksjon og avhengigheit. Dei kjempa for å oppretthalde ein følelse av håp, samtidig som følelsen av fortviling og av å vere nær døden var der. Håp kom til uttrykk som eit sterkt ønskje om å komme tilbake til det normale. Det kjem gjennom intervjuet fram at deira oppgåve var å sørge for at håpefullheita var realistisk, ved å balansere mellom å gi håp, men samtidig å unngå falske håp blant pasientane.

Studien viser at det er avgjerande at pasientar har moglegheit til å uttrykke sine følelsar kring håp og fortvilning for at håpet for framtida skal kunne bli fremja. Personalet nytta ulike intervensjonar for å fremje pasientane sitt håp, samt for å hjelpe dei gjennom fortvilning til meir håpefulle følelsar.

## **2. Factors influencing patients' hope in stroke and spinal cord injury: A narrative review**

Hensikta med Soundy et al. (2014) si studie var å hjelpe helsepersonell til å sjå korleis håp kunne bli fremma eller hemma i rehabiliteringa av hjerneslagpasientar eller ryggmargsskada. Det er ein forteljande kvalitativ studie, der forskarane gjorde eit systematisk søk med ulike nøkkelord, og dei inkluderte til slutt 17 kvalitative artiklar. Studien kom fram til fem faktorar som fremma håpet og fire faktorar som var med å ta bort håpet. Av dei fremmande faktorane var *mål brukt i rehabilitering* det eine, då desse kunne rette fokus mot framtida. *Bruken og verdien av rehabilitering* var ein anna faktor som oppmoda pasienten til å forstå tilstanden deira, noko som kunne bidra til ein positiv justering. Den tredje fremjande komponenten var *faktorar og strategiar rundt kognisjon og aksept*. Desse omhandla personlegdomstrekk relatert til seg sjølv og det som hadde skjedd, noko som var viktig for å oppretthalde og gjenvinne håp. *Helsepersonell sitt ansvar og sine råd* kunne gjennom samhandling med pasienten fremme håpet deira ved hjelp av fem strategiar. Desse innebar kunnskap og forståing av sjukdommen, lytte og sjå pasienten for den han var, gi informasjon gjennom sensitiv og empatisk kommunikasjon, førebu pasientar til å vere sjølvstendige og skape kontroll og at ein nytta vennlegheit og latter for å halde pasientar positive og håpefulle. *Pasientstøttenettverk* var den femte fremjande faktoren og kom fram gjennom støtte og fellesskap frå andre. To av dei hemmande faktorane for håpet var *fysiske og psykososiale faktorar* som følgje av slaget. *Faktorar knytt til rehabilitering* kunne vere hemmande om pasienten var fortvila, hadde redusert motivasjon og glede grunna avgrensa erfaring og kunnskap om tilstanden, endra sosial struktur og isolasjon. Den siste faktoren som verka hemmande var *negative interaksjonar* i samspelet med helsepersonellet. Studien syner at medvit kring faktorar som påverkar håpet er avgjerande om helsepersonell skal optimalisere samhandlinga med pasientane for å forbetre utfallet av rehabiliteringa.

### **3. Hope in people with aphasia**

Studien til Bright et al. (2013) hadde til hensikt å undersøke opplevinga av håp hos personar med afasi etter hjerneslag den første perioden med rehabilitering. Den ville også identifisere faktorar som påverka opplevinga av håpet.

Forskinga er kvalitativ og data vart innhenta gjennom intervju med fem personar med afasi. Personane var kvalifiserte til å delta om dei hadde hatt hjerneslag i venstre hjernehalvdel som resulterte i afasi, var i stand til å kommunisere med forskaren verbalt eller non-verbalt og om dei var i første fase av rehabiliteringa. Pasientane var mellom 16 og 64 år. Dei potensielle deltakarane blei gitt informasjon om studien, og kontaktinformasjonen for dei som ville delta blei overført til forskaren med deira samtykke. Sju av dei tolv kontakta pasientane ønska å delta, og to av desse var ikkje kvalifisert. Deltakarane blei spurt følgjande spørsmål: ”kva betyr håp for deg?”, ”har håpet endra seg sidan du fekk hjerneslag?”, ”kva vil skje om du ikkje har håp?” og ”kva håpar du på?”. Spørsmåla fokuserte på oppfatningar, erfaringar og prosessar av håp i tida etter slaget.

Det kjem fram at håp blei opplevd på to måtar. Det eine var ein passiv følelse. Den andre var meir aktiv og framtidsretta, og denne opplevde deltakarane i periodar. Opplevinga av håp dukka opp i bølgedalar og var påverka av usikkerheit kring framtida, pasienten sine tidlegare erfaringar, den noverande situasjonen og oppfatta framtid.

Studien viser at håpet kan vere påverka av helsepersonell og gir forslag til korleis dei kan bidra til å skape håp gjennom å vere bevisst og ha forståing for den einskilte sin situasjon, å stille regelmessige spørsmål til pasienten kring håpet deira og kva dei opplev som meningsfullt. Den fann også ut at det var nyttig å utvikle ein terapeutisk relasjon for å fremje pasienten si oppleving av håp.

### **4. The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury**

Lohne og Severinsson (2006) sin kvalitative studie hadde til hensikt å undersøke pasientar sine erfaringar med betydinga av håp og det å håpe eit år etter ryggmargsskade. Data vart samla inn gjennom intervju eit år etter skaden. 10 frivillige norske deltakarar, av desse seks menn og fire kvinner i alderen mellom 23 og 77 år blei valt basert utifrå kriteriene til forskarane. Intervjua hadde fokus på den einskilte si oppleving av håp. Spørsmåla som blei stilt den einskilte var opne og omhandla både rehabiliteringsperioden, den noverande

situasjonen og forventningar kring framtida. Eksempel på spørsmål var ”Kva endringar håpar du framleis på?”, ”Kva betyr håpet for deg personleg?”.

Det kjem fram ein hovudtolking kring essensen av håp, og denne er ”håpet sin styrke” som kjem til uttrykk gjennom to undertema; ”vilje, tru og håp” og ”å håpe, å slite og å vekse”. I følgje det som kjem fram belyste krafta i håpet meininga og betydinga av det å håpe, medan undertemaa forklarte håpeprosessen. Håp kom hovudsakleg fram gjennom viljestyrke, men også ved å ha tru. Det at ein gjennom lidinga vaks kom frå håpet om å aldri gi opp.

Studien syner at opplevinga av håp var viktig for alle deltakarane for vidare framgang og personleg utvikling ved at den gav energi og kraft til prosessen. Den syner viktigheita av ei sjukepleie retta mot emosjonelle og motiverande strategiar for å fremme vilje og personleg vekst.

## 5. Drøfting

Her vil eg drøfte problemstillinga mi; *Korleis kan sjukepleiar bidra til å fremje håp hos pasientar i rehabiliteringsfasen etter nyleg gjennomgått hjerneslag?* opp mot funn frå forskingsartiklar, valt sjukepleieteoretikar, pensum og anna litteratur. Hovudfunn i artiklane omhandlar relasjonsbygging, lytting, forståing, kunnskap, informasjon, realistisk håpefullheit og meningsfulle og oppnåelege mål som viktige faktorar for å bidra til å fremje håp i møte med den slagamma.

### 5.1 Å skape ein god relasjon mellom pasient og sjukepleiar

Tutton et al. (2012) fann i studien sin at samhandlinga mellom sjukepleiar og pasient kunne verke fremjande for håpet til pasienten. Måten informasjon, støtte og omsorg blei gitt påverka håpet deira. Vidare kom det fram at pasienten sitt håp kunne bli sett i fare om helsepersonell ikkje forstod pasienten sin identitet og frykt eller satt seg inn i tapa han opplevde. Travelbee (1999, s. 123) hevdar at det å fremje håp er ei viktig handling sjukepleiarar gjer. Norsk Sykepleierforbund (2011) sine *yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* støttar opp om dette. I desse står det at sjukepleiaren skal styrke håp og mestring hos pasienten. Rustøen (2001, s. 43) forklarar at eit menneske som har håp har styrke og tru på framtida. Det gir helse, velvære og glede. Eg forstår det slik at å fremje håp er ei viktig sjukepleiehandling som vert uttrykt gjennom handlingane ein gjer, men som samstundes er tilknytt verdiane og haldningane eins.

Funna frå Bright et al. (2013) forklarar at styrken på den terapeutiske relasjonen påverka i kva grad dei tilsette bidrog til å fremje pasientane sitt håp. Travelbee meiner at sjukepleiaren må ivareta pasienten sine behov gjennom å bli kjent med han (1999, s. 135). Finset støttar Travelbee sitt utsegn om å ta seg tid til å bli kjent med pasienten for å ha føresetnader om å oppnå ein god relasjon (Finset, 2004, s. 43). Travelbee kallar det første møtet mellom sjukepleiar og pasient for det innleiande møtet. For å lære kvarandre å kjenne som unike individ og skape ein relasjon, det som vert kalla menneske-til-menneske-forhold, er det viktig at begge kan sjå forbi merkelappane ”pasient” og sjukepleiar” (Travelbee, 1999, s. 187-188). Når sjukepleiar evnar å bry seg om og føle omsorg for pasienten i praksis, kan dei oppnå gjensidig forståing og kontakt. Det er først då sjukepleiaren kan utøve målet og hensikta med pleia (Travelbee, 1999, s. 217). Av eigen praksiserfaring har eg sett at det å ta seg tid til å bli kjend med pasienten har skapa føresetnader for ein betre relasjon, noko som har gjort det lettare å sjå behova *hans*. Slik eg forstår det er det avgjerande at ein greier å sjå *Ola Normann*

og ikkje berre *rom 323 i tosenga* for å kunne yte god omsorg. Det kan bidra til at sjukepleiar når hensikta med pleia, nemleg å fremje håpet til dette mennesket med sin unike historie.

Soundy et al. (2014) såg i likskap med Bright et al. (2013) at ein god relasjon kunne verke fremjande for håpet til pasientane. Ved at sjukepleiaren lytta og såg pasienten for den han var og ved bruk av vennlegheit og latter kunne dette bidra til å halde pasientane positive og håpefulle. I følgje Travelbee (1999, s. 140) må ein møte, oppfatte, respondere på og respektere det som er unikt med pasienten for å lære han å kjenne. Ho hevdar vidare at pasienten sin verdi som eit unikt individ kan komme til uttrykk gjennom kommunikasjon, og at kommunikasjonen difor er eit verkemiddel sjukepleiaren kan nytte til å oppnå endringar i sjukepleiesituasjonar (Travelbee, 1999, s. 135-136). Av Finset (2004, s. 43-44) kjem det fram at det kan opplevast som eit sjokk å gjennomgå ein rehabiliteringsprosess etter hjerneslag. Han forklarar at sjukepleiar kan bidra til å ta bort utryggleik hos pasienten ved å vere tydeleg i kommunikasjonen. Ho må likevel uttrykke seg på ein måte som opplevast sensitivt for pasienten sine følelsar og reaksjonar. På tross av dette, hevdar Kristoffersen et al. (2011, s. 278) at bruk av taushet og pausar er viktig. Ofte er ord både fattige, unødvendige og utilstrekkelege. Dei forklarar at sjukepleiaren kan vise at ho er oppmerksamt tilstade og innstilt på å lytte ved å vere hos pasienten i stillheit. Dette er i tråd med det som kjem fram av Travelbee. Ho påpeikar at kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient også føregår i taushet (Travelbee, 1999, 138). Praksis har vist meg at nokre pasientar ikkje ønskjer å snakke så mykje. Då har det å vere hos pasienten i stillheit hatt stor betydning for hans oppleving av å føle seg sett og ha betydning som unikt individ. Slik eg forstår det kan sjukepleiar skape grunnlag for ein god relasjon og bidra til håpefullheit om ho ser pasienten for den han er, møter han med vennlegheit, er tydeleg, men samstundes var for følelsane hans i kommunikasjonen.

Som funna frå Tutton et al. (2012) sin studie forklarar, kunne pasientane føle at dei ikkje kunne snakke med personalet om dei ikkje synte empati eller tok seg tid til dei. Travelbee (1999, s. 124-125) hevdar at håp slektar til tillit, og sjukepleiar bør difor gjennom handlingar vise at ho kan og vil hjelpe der det er behov. Tillit er ikkje noko ein automatisk får til ein sjukepleiar ein ikkje kjenner, og det er difor noko sjukepleiar må gjere seg fortent til. Tutton et al. (2012) såg at pasientane mista håpet når helsepersonellet ikkje klarte å vise at dei verdsette pasienten si oppleving, når dei ikkje hadde tid eller personleg ville gjere alt dei kunne for å hjelpe. Dette funnet er i tråd med det som kjem fram av Travelbee. Ho hevdar at

sjukepleiaren kan hjelpe pasienten til å oppretthalde håp og unngå håpløyse ved å gjere seg tilgjengeleg og vere villig til å lytte når han vil prate om frykta si (Travelbee, 1999, s. 123-124). Praksis synte meg at pasientar hadde lettare for å føle tillit til oss om me oppriktig viste at me brydde oss om dei og gjentok at me var der for dei. Slik eg forstår det er det viktig at sjukepleiar viser at ho er tilgjengeleg og at ho gjentek at ho har tid til å vere med pasienten om han treng å setje ord på følelsar eller få svar på spørsmål.

## 5.2 Kunnskap og informasjon

Soundy et al. (2014) fann i sin studie at sjukepleiar kunne bidra til å fremje håpet til pasienten ved å gi han kunnskap og forståing om situasjonen hans gjennom sensitiv og empatisk kommunikasjon. For å få til dette var det avgjerande at sjukepleiar hadde kunnskap. Dette støttar Travelbee opp om. Ho hevdar at sjukepleiar gjennom sympati og medføling føler med pasienten sine plager kombinert med eit ønskje om å hjelpe han (Travelbee, 1999, s. 200-201). Vidare forklarar ho at medfølinga må omsetjast i intelligente, konstruktive sjukepleiehandlingar. Sjukepleiaren må ikkje berre ønskje å hjelpe, men ha tilstrekkeleg kunnskap og ferdigheiter som krevjast i sjukepleieprosessen (Travelbee, 1999, s. 210). Som Molven forklarar, inneber kravet om fagleg forsvarlegheit at kunnskap er grunnleggande i hjelpa som gis. Helsehjelpa bør byggje på vitskap og erfaring for kva det er behov for og nyttig å gjere, slik at ein best mogleg kan fremje og nå målet ein har (Molven, 2012, s. 128). Praksis viste meg at pasientar som fekk tilstrekkeleg kunnskap om situasjonen sin hadde betre forståing og opplevde mindre utryggleik, noko som resulterte i positiv innverknad på rehabiliteringsprosessen. Slik eg forstår det, er det grunnleggjande at sjukepleiaren har kunnskap om korleis ho kan fremje håpet til pasienten gjennom å nytte kommunikasjon som eit middel til å gi han kunnskap om situasjonen sin.

Det viser seg utifrå Soundy et al. (2014) sine funn at pasientar med avgrensa erfaring og kunnskap om tilstanden sin opplev fortvilning, redusert motivasjon og glede, noko som verkar hemmande for håpet. I helsepersonellova (1999) § 4 står det at helsepersonell skal utøve arbeidet sitt i samsvar med krava til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp. I følgje Travelbee har sjukepleiaren ansvar for å tilby og gi den hjelpa det er behov for utan å bli spurt om dette. Gjennom observasjon og kommunikasjon bør sjukepleiaren sjå etter teikn som kan fortelje ho korleis pasienten oppfattar situasjonen sin (Travelbee, 1999, s. 124). Sjukepleiaren må ha kunnskap om kva håp er og kva som verkar svekkande og styrkande for håpet for å



hjelpe pasientar til å finne eit nytt og styrka håp (Rustøen, 2001, s. 100). Det kan reisast innvendingar til måtar sjukepleiarane fremjar håpet til pasientane, då resultata i forskinga til Soundy et al. (2014) synte at sjukepleiarane kan påverke håpet negativt ved mangel på kunnskap hos pasienten. Bright et al. (2013) fann at erfaringa av håp var dynamisk og endra seg etter opplevinga av noverande situasjon og opplevd framtid. Den passive forma for håp gav pasientane ein stabilitet som gjorde at dei oppretthaldt håpet om at forbetring var mogleg medan dei venta på endring eller å komme tilbake til det ”normale”, på tross av usikkerheit. Håpet var knytt til formål, å ha moglegheiter og ein grunn til å leve. Dette støttar Travelbee opp om. I følgje ho er håpet retta mot framtida og karakterisert ved ei forventning om å nå noko i tida ein har føre seg. Den som håpar, trur på framtida og moglegheitene den inneber (Travelbee, 1999, s. 119). Rustøen (2001, s. 109) forklarar at sjukepleiar si evne til å gi pasienten kunnskap om situasjonen hans kan bidra til å redusere usikkerheit og frykt og styrke trua på framtida. Likevel er det viktig i følgje Rustøen at informasjonen er tilpassa den einskilde sine behov og ynskjer, slik at den ikkje skapar unødig frykt og bidreg til å ta bort håpet (Rustøen, 2001, s. 109). Eigen praksis har vist meg at pasientar som opplev utryggleik oftare ser på framtida med moglegheiter om dei får informasjon dei kan ta inn over seg i høve kvar i rehabiliteringsfasen dei er. Romsland et al. (2015, s. 29) hevdar sjukepleiar kan nytte den fortolkande funksjonen til å gi pasienten realistisk og individuelt tilpassa informasjon for å gi han ei meningsfull forståing. Dette støttar Soundy et al. (2014) sine funn opp om. Dei fann at kunnskapen gav pasientane ei forståing om moglegheitene for framtida, den betra håpet og kontrollen og reduserte utryggleiken. Sjukepleiarane bidrog til å utvide pasienten sitt håp og setje i gong nye håp ved å gi han ei større forståing av eigen kropp. Eg forstår det som at sjukepleiar kan nytte den fortolkande funksjonen til å gi pasientane kunnskap om tilstanden deira, noko som kan skape auka tryggleik i situasjonen, samt bidra til å fremje håpet.

I følgje Travelbee (1999, s. 124) slektar håp til val, og sjukepleiar bør så langt som mogleg la pasienten få alternativ eller høve til å komme med sine preferansar. For å kunne medverke har pasienten rett på tilstrekkeleg, tilpassa informasjon (Pasient- og brukarrettslova, 1999).

Likevel kan informasjon opplevast overveldande om pasienten har tapsopplevingar.

Sjukepleiar må porsjonere og gjenta informasjonen i byrjinga av rehabiliteringa og spør om han kan ta inn over seg det som vert sagt (Bredland et al., 2011, s. 116-117). Tilpassa informasjon kan som eg forstår det skape rom for valmoglegheiter og bidra til å fremje håpet. Rustøen (2001, s. 109) forklarar at sjukepleiar gjennom å gi informasjon om normale følelsar, reaksjonar og moglegheiter kan gjer pasienten deltakande i eigen situasjon og bidra til

motivasjon i rehabiliteringa. Informasjonen kan også auka opplevinga av kontroll, der pasienten får ei kjensle av at hans egne kunnskapar og handlingar kan påverke resultatet. Ho påpeikar at sjukepleiar må informere om betydinga av håpet for livskvalitet sidan ikkje alle pasientar er bevisst dette. Praksiserfaring har vist meg at pasientar kan ta inn informasjon i varierende grad, og for at pasienten skal ha moglegheit til å delta, må sjukepleiar ha evne til å tilpasse informasjonen etter behovet. Til dømes viste det seg at for ein pasient med fallfare, var det at han blei minna på denne og fekk støtte, samt at han fekk valet mellom trening med personalet og gruppetrening, med på å skape tryggleik. Han opplevde håp på tross av ei uføruisigbar framtid og følte han fekk valmoglegheiter og oppleving av fridom og kontroll i situasjonen.

### 5.3 Realistiske håp

Funna frå Tutton et al. (2012) forklarar at pasientane opplevde det vanskeleg å ha fokus på håpet og framtida. Pasientane uttrykte at tap av funksjon, å vere avhengige av andre og nærleik til døden endra måten dei såg kva dei kunne oppnå. Dei tilsette på slageininga fann det utfordrande når pasientane sleit utan håp og med fortviling. Ein pasient uttrykte at han tenkte på kva som kunne stoppe han, føre kva som kunne få han til å tru på framtida.

Romsland et al. (2015, s.125) forklarar at pasientar som har hatt hjerneslag kan oppleve brot med tidlegare forventingar og forståing av eigen verkelegheit. Både vanar, rutinar og område som har vore viktige kan endre seg. Travelbee (1999, s. 123) hevdar at ei viktig sjukepleieoppgåve er å hjelpe pasienten til å halde fast ved håpet og å unngå håpløyse, og å hjelpe med å finne att håpet hos dei som opplev håpløyse. Den fortolkande funksjonen er utvilsamt viktig, noko som kjem fram av Wergeland et al. (2010, s. 262). Dei forklarar at denne funksjonen inneber at sjukepleiar gjennom å gi pasienten ei oversikt over situasjonen hans, hjelper han til å sjå hans ressursar og skape realistiske forventingar.

I studien til Lohne og Severinsson (2006) hadde deltakarane aldri gitt opp håpet. Når fysisk framgang stagnerte, kunne dette svekke håpet, men kvart skritt framover stimulerte håpet og håpeprosessen. Mot og uthald var nødvendig for å sjå framover mot moglegheitene, til tross for noverande fortviling. Ein deltakar uttrykte ”Når situasjonen var på det verste klarte eg likevel å sjå framover... om eg ikkje hadde klart det... ville eg aldri vore der eg er i dag”. Dette støttar Travelbee opp om, då ho hevdar at mot og uthald er relatert til håpet. Uthald beskriv ho som å prøve over tid utan å miste motet. Vidare hevdar ho at mot inneber å stå på

for å nå måla, sjølv om utsiktene for å nå desse kan vere små (Travelbee, 1999, s. 120). Eg forstår det som at mot og uthald kan hjelpe pasienten til å halde fast ved håpet om at framtida inneber moglegheiter. Sjukepleiar kan bidra til styrking av motivasjon og krefter ved å hjelpe pasienten til å setje seg mål (Kritsoffersen et al., 2011, s. 272), noko Rustøen støttar opp om. Ho forklarar at motivasjon har betydning for håpet (Rustøen, 2001, s. 53). Dette samsvarar med Travelbee sin påstand om at det er den motiverande impulsen av håp som kan gjer at pasienten set kreftene inn i ein tøff rehabiliteringsprosess (Travelbee, 1999, s. 117). Motivasjonen vil auke dess viktigare målet er for pasienten. Ei innvending er at pasienten kan bli engsteleg for å mislukkast om han har liten moglegheit til å nå målet (Rustøen, 2001, s. 53). Dette støttar Soundy et al. (2014) opp om. Funna framheva at manglande evne til måloppnåing, særskilt grunna fysiske nedsetjingar etter slaget, var ein hemmande faktor for håpet. Som Tutton et al. (2012) fann, kunne kroppslege endringar svekke håpet for framtida, og Rene og Larsen (2012, s. 221) påpeikar at pasienten kan oppleve det som utilstrekkeleg hjelp om det vert sett mål som inneber fysisk opptrening i ein situasjon han opplev å ikkje meistre. Eg forstår det som at sjukepleiar kan fremje pasienten sitt håp ved å hjelpe han til å setje oppnålege mål, noko som også har ein motiverande impuls i seg.

I studien til Lohne og Severinsson (2006) uttrykte fleire pasientar at dei ville gi opp og at dei nekta å leve på falske forhåpningar. Tutton et al. (2012) fann at sjukepleiarar gjennom realistisk håpefullheit kunne fremje pasientane sitt håp i løpet av rehabiliteringsprosessen, på tross av at framtida kunne vere annleis enn dei håpa. Håpefullheita innebar ein balanse mellom å holde pasienten håpefull og å unngå falske håp. Studien viser at sjukepleiar må sjå den einskilte sine utfall etter hjerneslaget, men også halde potensialet ope for framtidige moglegheiter. I studien til Bright et al. (2013) uttrykte to av pasientane at håpet var påverka av tidlegare erfaringar knytt til skuffelse av å ikkje oppnå det dei håpa. Eg forstår det som at tidlegare negative erfaringar hos pasienten vil utfordre sjukepleiaren i arbeidet deira med å fremje håpet. Av Kristoffersen et al. (2011, s. 272) kjem det fram at ein kan ha ulik oppfatning av røynda, men sjukepleiar må syne respekt for kva betydning håpet har for pasienten, og aldri bidra til å ta ifrå han dette. Dette står i samsvar med det Lohne og Severinsson (2006) fann i studien sin, der eine deltakaren uttrykte "Du kan aldri ta håpet frå nokon". Praksis har vist meg viktigheita av at pasienten skal få håp og tru på å bli betre i tida som kjem. Som det kjem fram i studien til Bright et al. (2013) er det likevel viktig at me som sjukepleiarar ikkje lovar noko som er usikkert, då det kan føre til skuffelse og verke hemmande for håpet.

Funna frå Tutton et al. (2012) viser at bruk av kortsiktige mål gav pasientane ein klår retning mot meir langsiktige mål, noko som bidrog til å fremje håpet på lang sikt. Som Soundy et al. (2014) sine funn forklarar, vil sjukepleiar i rehabiliteringa kunne fremje håpet til pasientane ved bruk av mål som er små og med fokus på kva som er oppnåeleg. Dei vil kunne gi eit tankesett med fokus på framtida. Ein deltakar uttrykte eit håp om ”å vere den beste pappa eg kan”. Rustøen støttar opp om bruken av mål. Ho hevdar at det å ha mål i livet er avgjerande for håpet. Desse tydeleggjer at ein har ei framtid og at ein kan nå positive endringar i tida som kjem (Rustøen, 2001, s. 53). Soundy et al. (2014) og Bright et al. (2013) fann begge i sine studiar at måla var forbunde med den einskilte pasient sine aspekt av kva som var meningsfylt. Praksis har vist meg viktigheita av å nytta mål med fokus på kva som er oppnåeleg og meningsfylt for den einskilte pasient. Til dømes viste det seg at for ein middelaldrande pasient med gjennomgått hjerneslag, var det at han greidde å drikke kaffi sjølv utan å søle av stor betyding, og eit mål som gjorde at han fekk håp om at framtida innebar moglegheiter. Rustøen (2001) hevdar at når ein har noko som opplevast meningsfullt å gjer, bidreg dette til å styrke håpet. Om tilveret opplevast meningsfullt kan forventingar ein har kring framtida minne ein på at ein har moglegheiter (Rustøen, 2001, s. 53). Dette funnet blir støtta opp av at rehabilitering dreier seg om ein prosess der pasienten sine eigne mål er det viktigaste (St.meld. nr. 21 (1998-1999)). Eg forstår det som at dersom sjukepleiar hjelper pasienten til å setje mål som opplevast meningsfulle, kan det bidra til å styrke pasienten sitt håp for framtida, noko som i følge Romsland et al. (2015, s. 187) er grunnlaget for motivasjon til å arbeide med eigen rehabiliteringsprosess.

## 6. Avslutning

Hjerneslag fører med seg ein situasjon der framtida til pasienten kan vere prega av usikkerheit. Kvar einskilt vil ha sin måte å takle situasjonen på, og håpet vil ha ulik meining og betyding. Det har vist seg at om sjukepleiar har medvit om kva faktorar som påverkar håpet, kan det fremje pasienten sitt håp og bidra til forbetra utfall av rehabiliteringa. Sjukepleiar kan bidra til å fremje håpet hos pasientar med nyleg gjennomgått hjerneslag ved å skape ein relasjon der ho møter pasienten som eit unikt individ og tar seg tid til å lytte til han. Ved at sjukepleiaren gjennom tilpassa kommunikasjon gir pasienten kunnskap om tistanden hans, kan dette ta bort utryggleik og skape forståing av situasjonen. Det viser seg også at det er viktig at sjukepleiar bidreg til å skape realistiske håp ved å hjelpe pasienten til å setje seg kortsiktige og realistiske mål for å fremje håpet. Pasienten kan få ei tru på at det er håp om han når eit mål som opplevast meningsfylt.

## Referansar

- Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn., J. Mjell., & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 313-336). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bright, F. A. S., Kayes, N. M., McKann, C. M., & McPherson, K. M. (2013). Hope in people with aphasia. *Aphasiology*, 27(1), 41-58. doi: 10.1080/02687038.2012.718069
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Direktoratet for e-helse. (2016, 11. oktober). *Hva er hjerneslag?* Henta 26. april 2017 frå <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/hjerneslag/hjerneslag-arsaker>
- Finset, A. (2004). Kommunikasjon som en del av rehabiliteringsprosessen. I L.L. Wekre., & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering: Når livet blir annerledes* (s. 41-45). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Henta 15. mars 2017 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007-2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. (Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007-2008). Kapittel 9.). Henta

frå <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/sartrykk-av-st.prp.nr.1-kapittel-9.pdf>

Helsepersonellova. (1999). *Lov om helsepersonell*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 245-291). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krogstad, J. M. (2015). *Hva er ervertvet hjerneskade* [Brosjyre]. Henta frå [https://www.sunnaas.no/Documents/Brosjyrer/Hva\\_er\\_ervertvet\\_hjerneskade.PDF](https://www.sunnaas.no/Documents/Brosjyrer/Hva_er_ervertvet_hjerneskade.PDF)

Kunnskapscenteret. (2017, 20. januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Henta 19. april 2017 frå <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningartiklar>

Lohne, V., & E, Severinsson. (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: 10.1111/j.1365-2702.2006.01301.x

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. (4. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk helseinformatikk. (2013, 1. november). *Hjerneslag- akuttbehandling pasientinformasjon*. Henta 28. mars frå <http://nevro.legehandboka.no/handboken/pasientinformasjon/sykdommer-og-symptomer/hjerneslag---akuttbehandling-pasientinformasjon/>

Norsk helseinformatikk. (2016, 14. november). *Hjerneslag*. Henta 21. mars 2017 frå <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag/>

- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Henta 2. mars 2017 frå [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukarrettslova. (1999). *Lov om pasient- og brukarrettigheitar*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rene, B., & Larsen, T. (2012). Helsefremming, rehabilitering og brukarmedvirkning. I Å. Gammersvik., & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 217-229). Bergen: Fagbokforlaget.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Soundy, A., Stubbs, B., Freeman, P., Coffee, P., & Roskell, Carolyn. (2014). Factors influencing patients' hope in stroke and spinal cord injury: A narrative review. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 21(5), 210-218. Henta frå <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103946146&site=ehost-live>
- St.meld. nr. 21 (1998-1999). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Henta frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D., & Westwood, M. (2012). Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS)*, 68(9), 2061-2069. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x

Tveter, Ø. (2011, 12. oktober). -Verdens beste fagfolk hjelper ingenting. *Aftenposten*. Henta frå <http://www.aftenposten.no>

Wergeland, A., Ryen, A., & Ødegaard-Olsen, T. (2010). Sykepleie ved hjerneslag. I H. Almås., D-G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 261-284). Oslo: Gyldendal Akademisk.

## VEDLEGG I - Søkehistorikk

**Tabell 1**

Artikkel 1, Søkehistorikk i CINAHL 19.1.2017			
Nr.	Søkeord	Avgrensingar	Resultat
S.1	Nursing AND stroke	2012-2017	780
S.2	S.1 AND hope	2012-2017 Full text	6

Artikkelen *Staff and patient views of concept of hope on a stroke unit: a qualitative study*, Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D., & Westwood, M. (2012) blei valt ut i frå søk nummer 2.

**Tabell 2**

Artikkel 2, søkehistorikk i CINAHL 25.03.2017			
Nr.	Søkeord	Avgrensingar	Resultat
S.1	Health care	2012-2017	79408
S.2	Factors influencing	2012-2017	2378
S.3	Health care AND hope	2012-2017	327
S.4	S.2 AND S.3	2012-2017	1

Artikkelen *Factors influencing patients hope in stroke and spinal cord injury: A narrative review*, Soundy, A., Stubbs, B., Freeman, P., Coffee, P., & Roskell, Carolyn. (2014) blei valt ut i frå søk nummer 4.

**Tabell 3**

<b>Artikkel 3, søkehistorikk i Embase 29.03.2017</b>			
Nr.	Søkeord	Avgrensingar	Resultat
S.1	Hope		27113
S.2	Rehabilitation		119559
S.3	Cerebrovascular accident		166127
S.4	Health care		198050
S.5	S.1 AND S.3 AND S.4		22
S.6	S.2 AND S.5	Past 5 years	4

Artikkelen *Hope in people with aphasia*, Bright, F. A. S., Kayes, N. M., McCann, C. M., & McPherson, K. M. (2013) blei valt ut i frå søk nummer 6.

**Tabell 4**

<b>Artikkel 4, Søkehistorikk i CINAHL 31.03.2017</b>			
Nr.	Søkeord	Avgrensingar	Resultat
S. 1	Hope AND nursing AND stroke		34
S. 2	Hope AND nursing	Author: Lohne	6

Artikkelen *The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury*, Lohne, V., & Severinsson, E. (2006) blei valt ut i frå søk nummer 2.

## VEDLEGG II - Oversiktstabell over anvendte artiklar

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D., & Westwood, M. (2012) <i>”Staff and patient views of concept of hope on a stroke unit: a qualitative study”</i>	Hensikta var å få meir kunnskap om opplevinga av håp for pasientar og personale på ei britisk slageining, då opplevinga av håp er vist å kunne lette rehabiliteringa av pasientar som har hatt hjerneslag.	Studien er kvalitativ forskning der pasientar og personale vart intervjuva i tillegg til at forskaren samla inn data gjennom deltakande observasjon. Det blei gjort lydopptak av intervjuva og desse blei transkribert ordrett.	Det deltok ti pasientar som hadde hatt hjerneslag, av desse var sju menn og tre kvinner. Alderen deira var mellom 37 og 72 år, med ein gjennomsnittsalder på 63 år. I tillegg deltok ti tverrfagleg personale i studien, av desse seks sjukepleiarar.	Det blei identifisert fire tema rundt håp hos pasientane. Dette inkluderte dei som sleit utan håp, med fortvilning, håp for utvinning og realistisk håpefullheit. Gjennom intervjuva med personalet kom det fram at deira oppgåver var å sørge for at håpefullheita var realistisk, at dei skulle balansere mellom å gi håp, men samstundes å unngå falske håp.
Soundy, A., Stubbs, B., Freeman, P., Coffee, P., &	Hensikta er å hjelpe helsepersonell til å vurdere korleis håp kan bli fremma eller hemma i rehabiliteringa av	Dette er ein forteljande kvalitativ studie der forskarane har gjort eit systematisk søk etter artiklar. Dei identifiserte 17 kvalitative artiklar	Av dei 17 inkluderte artiklane i studien, inneheldt ti av artiklane pasientar som hadde hatt slag, og sju av dei	Forskarane kom fram til faktorar som påverka håpet hos pasientar som hadde hatt hjerneslag. Dei fann fem faktorar som verka

<p>Roskell, Carolyn. (2014) <i>“Factors influencing patients’ hope in stroke and spinal cord injury: A narrative review”</i></p>	<p>pasientar som har hatt slag eller ryggmargsskade</p>	<p>som oppfylte inklusjonskriteriene deira.</p>	<p>pasientar som hadde hatt ryggmargsskade.</p>	<p>fremjande og fem faktorar som verka hemmande. Dei fremjande faktorane innebar kva mål ein nytta, bruken og verdien av rehabiliteringa, bruken av kognitive strategiar, helsepersonell sitt ansvar og sine råd og pasientstøttenettverk. Dei hemmande faktorane var ulike fysiske og psykososiale faktorar, faktorar som var relatert til rehabiliteringa og negativ samhandling med helsepersonalet.</p>
<p>Bright, F. A. S., Kayes. N. M., McCann . C. M., &amp; McPhers</p>	<p>Hensikta var å undersøkte korleis personar med afasi etter hjerneslag opplevde håp i den første perioden med</p>	<p>Det er ein kvalitativ forskingsstudie der data vart samla inn gjennom semistrukturerte intervju. Personane var</p>	<p>I intervju deltok fem personar som hadde afasi etter hjerneslag. Pasientane var mellom 16 og 64 år.</p>	<p>Av pasientane blei håp opplevd enten som ei passiv eller aktiv form, og den aktive var meir framtidsretta. Håpet var påverka av usikkerheit</p>

<p>on. K. M. (2013) <i>"Hope in people with aphasia"</i></p>	<p>rehabilitering. I tillegg ville studien identifisere faktorar som påverka opplevinga av håp.</p>	<p>kvalifiserte til å delta om dei hadde hatt hjerneslag i venstre hjernehalvdel som resulterte i afasi (språkvanskar), var i stand til å kommunisere med forskaren verbalt eller non-verbalt med støtte og om dei var i sin første fase av rehabiliteringa.</p>		<p>kring framtida, å sjå på håpet som tosidig og ein følelse av avbrot. Desse var igjen påverka av tidlegare og noverande erfaringar og tankar om framtida. Studien syner at helsepersonell kan påverke håpet til pasienten. Vidare syner den at et er viktig at helsepersonell er bevisst og har forståing rundt det einskilte individ sin situasjon sidan håpet kan vere påverka av så mangt.</p>
<p>Lohne, V., &amp; Severinson, E. (2006) <i>"The power of hope: patients"</i></p>	<p>Hensikta var å undersøke korleis pasientane erfarte betydninga av håpet og det å håpet eit år etter akutt ryggmargsskade</p>	<p>Det er ein kvalitativ studie der forskarane samla inn data gjennom personlege intervju. Desse blei tekne opp på lydband og deretter transkribert.</p>	<p>10 frivillige deltakarar mellom 23 og 77 år deltok i studien. Av desse var 6 menn og 4 kvinner.</p>	<p>Det kjem gjennom intervju fram eit hovudtema når det gjeld håpet, og dette er "håpet sin styrke". Dette kom til uttrykk gjennom to undertema: "vilje, tru og håp"</p>

<i>experien ces of hope a year after acute spinal cord injury”</i>				<p>og ”å håpe, å slite, og å vekse”. Håpet kom hos deltakarane hovudsakleg fram gjennom viljestyrke.</p>
--	--	--	--	--