



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 78

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Livet etter slag - livskvalitet hos slagpasienter

Antall ord *: 8687

Engelsk tittel *: Life after stroke - quality of life in stroke patients

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Livet etter slag – livskvalitet hos slagpasienter

Life after stroke – quality of life in stroke
patients

Kandidatnummer 78

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14:00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

SYKHB3001

78

25.04.19

Sammendrag

Tittel: Livet etter slag – livskvalitet hos slagpasienter

Bakgrunn: Hvert år rammes omkring 15 000 personer i Norge av hjerneslag. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken, og det er også den vanligste årsaken til funksjonshemming som ikke er medfødt. Tilstanden oppstår plutselig, og den rammer pasienten både fysisk, psykisk og sosialt, og livssituasjonen endres drastisk. Dette vil potensielt ha stor påvirkning på pasientenes livskvalitet.

Problemstilling: «Hvordan påvirkes livskvaliteten til slagrammede i etterkant av et hjerneslag?»

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å forstå hvordan livskvaliteten til slagrammede påvirkes.

Metode: Systematisk litteraturstudie.

Funn: Livskvalitet er et komplekst begrep, og det er en rekke faktorer som påvirker livskvaliteten. Det var flere elementer som gikk igjen i forskningsartiklene som hadde påvirkning på livskvaliteten. Jeg valgte ut noen som jeg har utdypet, disse var angst og depresjon, mestring, identitet, støtte, fysisk funksjon og kunnskap. Sykepleiere kan hjelpe pasienten til økt livskvalitet blant annet gjennom støtte, formidle kunnskap til pasienten, og økt fysisk funksjon gjennom rehabilitering.

Oppsummering: Sykepleierens kunnskap, støtte og helhetlige tilnærming kan ses på som viktige komponenter for å ivareta slagrammedes livskvalitet i rehabiliteringsfasen. Støtte, mestring, fysisk og psykisk helse samt kunnskap kan være viktige elementer for å bidra til økt livskvalitet hos slagrammede.

Abstract

Title: Life after stroke – quality of life in stroke patients

Background: Every year, around 15 000 people in Norway are affected by stroke. Stroke is the third leading cause of death, and it is also the most common cause of non-congenital disability. The condition occurs suddenly, and it affects the patient both physically, mentally and socially, and the life situation changes drastically. This will potentially have a major impact on the patients' quality of life.

Research question: «How is the quality of life in stroke survivors affected after a stroke? »

Aim: The aim of this study is to understand how the quality of life in stroke survivors is affected by stroke.

Method: Systematic literature study.

Findings: Quality of life is a complex term, and there are a number of factors that affects the quality of life. There were several elements that was found in the research articles that had an impact on the quality of life. I chose some whom I have elaborated on, these were anxiety and depression, coping, identity, support, physical function and knowledge. Nurses can help the patient improve their quality of life, including through support, imparting knowledge to the patient, and increasing physical function through rehabilitation.

Summary: The nurse's knowledge, support and holistic approach can be seen as important component to take care of the stroke during the rehabilitation phase. Support, coping, physical and mental health as well as knowledge can be important elements in contributing to increased quality of life in stroke survivors.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	<i>1</i>
1.2	<i>Problemstilling</i>	<i>1</i>
1.3	<i>Avgrensning.....</i>	<i>2</i>
2	Teori.....	3
2.1	<i>Benner og Wrubels sykepleieteoretiske perspektiv</i>	<i>3</i>
2.2	<i>Hjerneslag</i>	<i>3</i>
2.3	<i>Livskvalitet.....</i>	<i>4</i>
2.4	<i>Rehabilitering</i>	<i>5</i>
3	Metode	7
3.1	<i>Hva er metode?</i>	<i>7</i>
3.2	<i>Litteraturstudie som metode</i>	<i>7</i>
3.3	<i>Kvantitative og kvalitative metoder.....</i>	<i>7</i>
3.4	<i>Litteratursøk</i>	<i>8</i>
3.5	<i>Kildekritikk.....</i>	<i>8</i>
3.6	<i>Metodekritikk.....</i>	<i>9</i>
3.7	<i>Forskningsetikk</i>	<i>9</i>
3.8	<i>Analyse av artiklene</i>	<i>10</i>
4	Resultat.....	11
4.1	<i>«Frisk, men likevel ikke som før ...».....</i>	<i>11</i>
4.2	<i>Analysis and Evaluation of Subjective Quality of Life in a Group of Patients after Ischemic Stroke.....</i>	<i>11</i>
4.3	<i>Living successfully with aphasia the first year post-stroke: A longitudinal qualitative study</i>	<i>12</i>

4.4	<i>Functional status and quality of life of stroke survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting</i>	13
4.5	<i>The patient's experience of the psychosocial process that influences identity following stroke rehabilitation: a metaethnography.....</i>	14
4.6	<i>Hovedfunn</i>	15
5	Drøfting	16
5.1	<i>Psykososialt stress hos slagrammede, og dets påvirkning på livskvalitet.....</i>	16
5.1.1	<i>Betydningen av angst og depresjon for livskvaliteten.....</i>	16
5.1.2	<i>Betydningen av mestring for livskvaliteten.....</i>	18
5.1.3	<i>Identitet og betydningen for livskvalitet</i>	19
5.2	<i>Fysisk funksjon og betydningen for livskvalitet.....</i>	21
5.3	<i>Støtte og dets betydning for livskvalitet.....</i>	23
5.4	<i>Kunnskap og kommunikasjonens betydning for livskvaliteten</i>	25
6	Avslutning	27
	Referanseliste	28
	Vedlegg	32
	<i>Vedlegg 1: Beskrivelse av fremgangsmåten for søk.....</i>	32
	<i>Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av forskningsartikkel</i>	33

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjerneslag, også kalt apoplexia cerebri, er «en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død» (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2016, s. 303). Hvert år rammes omkring 15 000 personer i Norge av hjerneslag. I 2017 var det 8789 tilfeller av hjerneslag i Norge (Fjærtøft et al., 2018). Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken, og den vanligste årsaken til funksjonshemming i Norge (Wergeland et al., 2016, s. 303). På verdensbasis utgjør hjerneslag den andre hyppigste dødsårsaken og den tredje hyppigste årsaken til funksjonshemninger (Johnson, Onuma, Owolabi & Sachdey, 2016). Tilstanden oppstår plutselig, og pasienten rammes både fysisk, psykisk og sosialt. Hjerneslagrammede står også for flest liggedøgn i somatiske helseinstitusjoner (Wergeland et al., 2016, s. 303). Dette utgjør store økonomiske konsekvenser for samfunnet.

Slagpasienter blir akutt syke og de vil ha flere og ulike psykososiale behov i etterkant av hjerneslaget, for å ha en best mulig livskvalitet. Livskvalitet omhandler personers oppfatning av hvorvidt ens egne mål, forventninger, normer og interesser samsvarer med det livet en lever (Kristoffersen, 2016a, s. 55). Jeg har selv jobbet på slagpost på sykehus, og har møtt slagrammede pasienter både i sykehjem og i hjemmetjenesten via praksis i forbindelse med studiet. På denne måten har jeg fått en større interesse for hjerneslag, og hvordan det påvirker livskvaliteten i etterkant hos pasienter som rammes. Jeg vil vite mer om hva litteraturen sier om livskvalitet etter hjerneslag, og hva en kan gjøre for å mestre utfordringene i størst mulig grad. Hensikten med oppgaven er å belyse, og forstå hvordan livskvaliteten til slagrammede påvirkes etter et hjerneslag.

1.2 Problemstilling

«Hvordan påvirkes livskvaliteten til slagrammede i etterkant av et hjerneslag?»

1.3 Avgrensning

I oppgaven tar jeg utgangspunkt i voksne pasienter over 18 år, som er i den rehabiliterende fasen. Som sykepleier møter en pasienter med behov for rehabilitering i sykehjem, hjemmesykepleien, sykehus og i rehabiliteringsinstitusjoner (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s. 11). Da er det viktig at en som sykepleier har kompetansen som kreves innenfor dette området. Jeg velger derfor å ikke avgrense problemstillingen til en enkelt instans, men velger heller å se på rehabiliteringsfasen som en prosess. Jeg ønsker å legge fokuset på rehabiliteringsfasen fra pasienten blir rammet av hjerneslaget og de første 18 månedene. Begge kjønn blir inkludert. Fokuset jeg ønsker å ha er på pasientens psykososiale behov og avgrenser derfor oppgaven fra den medisinske behandlingen. Pårørende spiller en viktig rolle for pasienters psykososiale behov i den rehabiliterende fasen, men på grunn av oppgavens begrensninger blir ikke dette inkludert. Psykososiale behov omhandler menneskets psyke, altså det sjelelige og mentale (Stubberud, 2013, s. 14). Det er derfor rimelig å si at dersom en ikke får dekket de psykososiale behovene, vil dette påvirke livskvaliteten.

2 Teori

2.1 Benner og Wrubels sykepleieteoretiske perspektiv

Jeg har tatt utgangspunkt i Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori slik den er presentert i *The Primary of Caring* (Benner & Wrubel, 1989), i Konsmo (1995) og i Kristoffersen (2016c). Dette er en teori som tar utgangspunkt i hva som er av betydning for den enkelte pasient, samt den mening pasienten tillegger situasjonen når de skal mestre tap, lidelse og sykdom. Når en blir rammet av tap, helsesvikt eller sykdom er en i en situasjon der en opplever stress. Det viktige i livet er truet, og en kan ikke lenger fungere fritt (Kristoffersen, 2016c, s. 26). Graden av stresset avhenger av i hvilken grad det som oppleves som viktig i livet blir truet. Stress og mestring er tett knyttet opp til hverandre. Stress er opplevelsen ved forstyrrelsen av betydninger, forståelse og jevn funksjonalitet. Mestring er hva en gjør med forstyrrelsen (Benner & Wrubel, 1989, s. 62). I følge Benner og Wrubels beskrivelse av sykepleiefunksjonen er målet med sykepleie å hjelpe pasienten til å mestre situasjonen med det som er av betydning for den enkelte, i kombinasjon med tap, lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2016c, s. 26). De sier også noe i forhold til hjerneslag. Når nevrologiske skader oppstår, skal en ikke rette fokuset mot det som er tapt, en skal heller fokusere på funksjonene som fremdeles er intakt. Benner og Wrubel (1989, s. 321) beskriver også hvordan mennesker lærer seg andre måter å ivareta en funksjon på, når den går tapt. Dette kalles kompensierende atferd. Jeg har valgt denne teorien fordi den kan være med på å belyse hvordan en kan øke livskvaliteten hos slagrammede pasienter.

2.2 Hjerneslag

Hjerneslag er en akutt skade på hjernevevet på grunn av plutselig opphørt blodtilførsel til et område av hjernen. De fem viktigste årsakene til hjerneslag er; høyt blodtrykk, fysisk inaktivitet, atrieflimmer, røyking og diabetes (Bertelsen, 2016, s. 327). Symptomene på hjerneslag avhenger av hvor stort infarkt eller blødningen er, samt hvilke deler av hjernen som er rammet. Vanlige motoriske utfall er ensidig lammelse, svelgvansker, balansetap og forandret muskeltonus. De vanligste sensoriske utfall er nedsatt sensibilitet, synsutfall, kommunikasjonsproblemer og psykiske forandringer (Wergeland et al., 2016, s. 306-309).

Dette er alvorlige symptomer, som helt klart vil påvirke livskvaliteten til pasienten som er rammet.

Hjerneslag deles inn i tre hovedtyper:

1. Hjerneinfarkt oppstår dersom en blodåre som fører blod til deler av hjernen blir tilstoppet (Wergeland et al., 2016, s. 305). Den største årsaken er aterosklerose i Carotis og Vertebralis arteriene (Bertelsen, 2016, s. 326).
2. Hjerneblødning oppstår dersom et intracerebralt kar spontant sprekker (Bertelsen, 2016, s. 326).
3. Transitorisk iskemisk anfall (TIA) er en akutt forstyrrelse av blodsirkulasjonen i hjernen. Tilstanden er forbigående, og symptomene vil gå helt tilbake innen 24 timer. Dersom symptomene varer lengre enn 24 timer kalles tilstanden hjerneslag (Wergeland et al., 2016, s. 305).

Alle med symptomer på hjerneslag skal legges inn på en slagenhet for å få stilt diagnose, iverksatt behandling, begrense skadens omfang samt forebygge komplikasjoner. Hvilken behandling en kan gi avhenger av hvor lang tid det har gått fra symptomdebut til behandlingen settes i gang (Wergeland et al., 2016, s. 312). Jo lengre tid det går fra symptomdebut til behandlingsstart, jo større blir skadeomfanget, og symptomene kan bli mer uttredende. Dette kan igjen ha betydning for livskvaliteten i etterkant av hjerneslaget. Etter den akutte behandlingen vil det være svært sentralt å starte rehabilitering så tidlig som mulig på slagposten. Deretter vil mer intensiv rehabilitering foregå på et rehabiliteringssenter når den kliniske tilstanden er stabilisert (Bertelsen, 2016, s. 328).

2.3 Livskvalitet

Livskvalitet har vært et sentralt begrep siden 1970-årene. Fra 1990-tallet har begrepet blitt et akseptert mål for pasientbehandling både i Norge og i verden ellers. Det finnes flere ulike definisjoner på livskvalitet. En definisjon av livskvalitet er «Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdssystemet de lever i, relasjonen til deres egne mål, forventninger, normer og interesser» (Kristoffersen, 2016a, s. 55). Livskvalitet defineres også som å ha det godt (Næss, Mastekaasa, Moum & Sørensen, 2001, s. 10). Det å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av ens eget liv. Videre i rapporten definerer de

livskvalitet som «En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst og kognitive og affektive opplevelser er negative» (Næss et al., 2001, s. 10). Hjerneslag medfører store omveltninger for et menneske, og for mange pasienter blir livet snudd på hodet. Dette vil påvirke livskvaliteten. Det er laget mange ulike måleinstrumenter, dvs spørreskjemaer, for å kartlegge helsereelatert livskvalitet. Hensikten til de fleste måleinstrumentene er å måle hvordan sykdom og behandling påvirker personens psykiske, fysiske og sosiale fungering (Kristoffersen, 2016a, s. 56). Kristoffersen (2016b, s. 276) påpeker at flere studier kobler mestring og livskvalitet sammen. De viser at unnvikende mestringsstrategier påvirker opplevelse av livskvalitet spesielt dårlig. Og motsatt viser studier at aktiv bruk av mestringsstrategier har en positiv effekt på livskvaliteten.

2.4 Rehabilitering

Begrepet «rehabilitering» brukes i sammenheng med tjenester rettet mot å bedre funksjonsevne hos unge, voksne og eldre som har funksjonsproblemer. «Rehabilitering innebærer ofte opptrening, men det innebærer også å mestre en ny tilværelse og å tilpasse seg et liv med nedsatt funksjon» (Romsland et al., 2015, s. 11). I Forskrift om habilitering og rehabilitering § 3 (2011) blir rehabilitering definert som:

Det er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Det er en rekke personlige og miljømessige faktorer som kan påvirke rehabiliteringsprosessen (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 107). Personlige faktorer som påvirker er blant annet mestringsstrategier og mestringsoppfattelse, kontroll over eget liv, selvbilde og personlighet, motivasjon, tap og sorg (Bredland et al., 2011, s. 108-115). Påvirkende faktorer i miljøet er produkter og teknologi, natur- og menneskeskapt forandringer, støtte og holdninger

(Bredland et al., 2011, s. 120-125). En effektiv rehabiliteringstjeneste er gunstig for økt livskvalitet både hos pasienten selv, men også de pårørende (Johansen, 2018).

3 Metode

3.1 Hva er metode?

«En 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, 2017, s. 51). Når en skal undersøke noe er metode et godt redskap. Ved hjelp av metode kan en samle inn data, den informasjonen en trenger til undersøkelsen, eller for å belyse en problemstilling (Dalland, 2017, s. 52). I denne oppgaven vil jeg benytte litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen.

3.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Thidemann beskriver å systematisere som «å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den, og til slutt sammenfatte det hele» (2015, s. 79). Hensikten med litteraturstudie er å gi leseren god forståelse av kunnskap problemstillingen etterspør (Thidemann, 2015, s. 80). Litteraturstudier kan skilles i to ulike typer; Allmenn litteraturstudie og systematisk litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie kan være litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. I all forskning starter forskningsprosessen med en allmenn litteraturvurdering (Forsberg & Wengström, 2015, s. 25). En systematisk litteraturstudie utgår fra et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. For at en skal kunne gjøre systematiske litteraturstudier må det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlaget for å bedømme og konkludere (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26-27).

3.3 Kvantitative og kvalitative metoder

Kvantitative metoder er målbare enheter, i form av tall. Ved å bruke tallene en får gjennom kvantitative metoder kan en komme frem til statistiske beregninger (Thidemann, 2015, s. 77-78). Kvalitative metoder har som mål å få frem meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2017, s. 52). Måtene som brukes for å samle data ved disse

metodene er ved hjelp av intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2015, s. 78). I oppgaven min har jeg i hovedsak inkludert studier med kvalitative metoder, da pasientopplevelser vil være sentralt å vite noe om for å kunne besvare problemstillingen.

3.4 Litteratursøk

Jeg begynte søkeprosessen allerede høsten 2018. For å finne relevante artikler søkte jeg i databaser tilgjengelige gjennom biblioteket til Høgskulen på Vestlandet. Databasene jeg søkte i var CINAHL, SveMed+, Epistemonikos, PubMed, Cochrane Library, Sykepleien og Idunn. Det var derimot CINAHL som viste seg å gi mest relevante treff, det er også den databasen jeg er best kjent med fra før. Søkord som ble brukt var slag, stroke, stroke patient, livskvalitet, quality of life, well-being, poststroke. Disse søkeordene ble kombinert med håp, hope og coping. Alle søkene hadde også begrensninger. Jeg ønsker oppdatert kunnskap og begrenser derfor til at artiklene ikke skulle være eldre enn fem år. For å finne studier som var vurdert og godkjent avgrenset jeg samtidig søket til artikler som er peer reviewed og research article. Jeg avgrenset også til norsk og engelsk, da det er disse språkene jeg behersker, og det er lett for at det blir feil og misforståelser i oversettelsen av andre språk. Flere av artiklene dukket opp i de ulike databasene. Fremgangsmåten for søk til hver artikkel er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk, eller kildegransking, innebærer at en bruker kilder på en informert og reflektert måte. En må vurdere, tolke og analysere kildene, og vurdere kildens autensitet, troverdighet, representativitet og tolkning (Christoffersen, Johannessen, Tuft & Utne, 2015, s. 60-61). Det er også dette jeg har gjort når jeg kritisk har vurdert mine kilder. Som et godt hjelpemiddel i prosessen har jeg benyttet meg av de ulike sjekklister for kritisk vurdering av kilder tilgjengelige fra Helsebiblioteket (2016). Jeg brukte ulike sjekklister, alt etter hvilken type studie det var gjort i kilden jeg skulle vurdere. Se vedlegg 2 for eksempel på kildekritikk av artikkelen av Pettersen, Bøe og Haraldstad (2017).

I søkeprosessen leste jeg gjennom overskrifter og sammendrag etter studier som kunne være relevant for oppgaven. Jeg så blant annet på om artiklene brukte IMRaD-strukturen. Dette er

en mye brukt norm for forskningsartiklers oppbygning. IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon (Dalland & Trygstad, 2017, s. 163). Denne standardiseringen kan også gjøre det lettere å orientere seg i alt som finnes av forskning. Alle mine valgte studier følger IMRaD-strukturen.

3.6 Metodekritikk

Metodevalg er avgjørende for undersøkelsens kvalitet og for hvor mye vi kan stole på resultatene (Busch, 2013, s. 61). En litteraturstudie har både positive og negative sider. Positive sider ved litteraturstudie er at en får en samlet vurdering og oppsummering av allerede eksisterende relevant forskning og kunnskap (Thidemann, 2015, s. 81). Litteraturstudier har imidlertid også svake sider. Jeg har aldri skrevet verken en bacheloroppgave eller litteraturstudie før, og har derfor ingen personlig erfaring med dette. Andre svake sider med litteraturstudie kan være at forfatteren bare har hatt tilgang til en begrenset mengde relevant forskning. I tillegg vil utvalget blir selektivt om eksperten kun velger studier som støtter hans egne synspunkter. Ulike eksperter innen samme område kan også komme frem til helt ulike konklusjoner. Dersom kvalitetsvurderinger på inkluderte artikler i studien ikke fremkommer er risikoen for at feilaktige konklusjoner dras, stor (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

I min oppgave har jeg inkludert en korrelasjonsstudie med longitudinelt design, en systematisk oversiktsartikkel med metaetnografi, to kvalitative studier, og en kvalitativ studie med et longitudinelt design. Når jeg søkte etter forskningsartikler å bruke i bacheloroppgaven min så jeg i hovedsak etter artikler med et kvalitativt design, noe som flertallet av de inkluderte studiene er. Grunnen til at jeg valgte å ha hovedfokus på kvalitative forskningsartikler er fordi min problemstilling har fokus på slagrammedes opplevelser og erfaring. De valgte artiklene ga god innsikt på hvordan livskvaliteten påvirkes etter et hjerneslag. Systematiske oversiktsartikler bygger på andre studier, dette gir artiklene en større bredde og en får samlet en større mengde forskning i en artikkel. Korrelasjonsstudier benyttes til å se på om det er sammenheng mellom to eller flere variabler. De kan imidlertid ikke konkludere med noe, men det gir likevel nyttig kunnskap til min oppgave.

3.7 Forskningsetikk

Etikk handler om normene for riktig og god levemåte (Dalland, 2017, s. 236). Plagiat er når en utgir andres arbeid for å være sitt eget, dette er strengt forbudt og regnes som fusk. I arbeid med akademiske oppgaven skal en være redelig. Akademisk redelighet omhandler å la leseren ta del i refleksjonene som gjøres om valg av litteratur og hva de ulike kildene har bidratt med i din oppgave (Dalland & Trygstad, 2017, s. 164). I min oppgave har jeg referert all bruk av litteratur og sitater til forfatter, dette av hensyn og respekt for arbeidet de har gjort, og for å overholde skolens retningslinjer for bacheloroppgave. Artiklene jeg har tatt med i oppgaven er forsøkt oversatt slik at de faktiske funnene fremkommer. Det kan likevel ha oppstått mistolkninger under oversettelsen fra engelsk til norsk.

3.8 Analyse av artiklene

Jeg har gått gjennom funn fra alle artiklene og markert innholdet med ulike fargekoder som symboliserer de forskjellige undertemaene til artikkelen. Videre lagde jeg et tankekart basert på analysen av de valgte artiklene. Ut i fra dette arbeidet har jeg kommet frem til følgende undertemaer; psykososialt stress, fysisk funksjon, støtte og kunnskap. Psykososialt stress er et stort område, og jeg vil derfor dele dette undertemaet ytterligere opp i angst og depresjon, og mestring og identitet.

4 Resultat

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere artiklene jeg har valgt.

4.1 «Frisk, men likevel ikke som før ...»

Forfattere: Pettersen, Bøe og Haraldstad (2017)

Hensikt: Studiens hensikt var å få økt kunnskap om slagrammedes erfaringer etter gjennomgått trombolytisk behandling. De ønsket å finne ut mer om hvordan pasientenes livskvalitet var påvirket, og på hvilken måte hjerneslaget hadde hatt betydning for livsstilsendringer som forebygging mot nye hjerneslag.

Metode: Denne studien er basert på semistrukturerte intervjuer med slagrammede i alderen 48-77 år som hadde gjennomgått trombolytisk behandling. Den fant sted i Norge. Intervjuene ble gjennomført cirka tre måneder etter hjerneslaget. Studien har et kvalitativt design, med en hermeneutisk tilnærming.

Funn/resultat: Dataanalysen fra intervjuene resulterte i fire tema; frisk, men likevel ikke som før, angst for nye hjerneslag, hjerneslaget ble en tankevekker og savnet informasjon. Funnene viser at hjerneslaget har påvirket deltakernes liv og helse på flere områder. Flertallet av deltakerne beskrev forhold som kunne medføre redusert livskvalitet etter hjerneslaget, som økt trettbarhet, konsentrasjonsvansker, hukommelsesproblemer og emosjonelle forandringer.

Konklusjon: Hjerneslaget har påvirket livskvaliteten til tross for at de ser friske ut. Angst for nye hjerneslag preget også hverdagen. Deltakerne hadde variert kunnskap om forebygging av nye hjerneslag, og flere savnet informasjon om dette. Det må gis informasjon til pasient og pårørende, og informasjonen må være tilrettelagt for hver enkelt pasient.

4.2 Analysis and Evaluation of Subjective Quality of Life in a Group of Patients after Ischemic Stroke

Forfattere: Krzemińska, Bekus, Borodzicz og Arendarczyk (2016)

Hensikt: Formålet med studien var å analysere livskvaliteten for personer etter iskemisk slag i forhold til deres ytelse i grunnleggende områder av livet.

Metode: Dataene ble innhentet gjennom spørreskjemaer. Undersøkelsene var anonyme og refererte til subjektiv vurdering av livet fra pasientenes perspektiv etter iskemisk slag.

Deltakerne var i alderen 42-90 år som var rammet av hjerneinfarkt for over seks måneder siden. Studien ble gjort i Polen, med både deltakere i rehabiliteringsavdelinger og i hjemmet. Studien bruker et kvalitativt design.

Funn/ resultat: Studiens funn viser at livskvaliteten hos pasienter i etterkant av slaget ble betydelig redusert. Dette kom spesielt tydelig frem på området fysisk funksjon og begrensninger på grunn av fysiske helse. For å kunne forbedre pasientens livskvalitet etter iskemisk slag anbefales det at pasientene får undervisning i etterkant av slaget.

Konklusjon: Livskvaliteten og pasientene er i stadig endring, og en bør derfor se etter løsninger som gjør at en til tross for begrensninger kan opprettholde sin verdighet og tilfredshet. Det er også spesielt ønskelig i et aldrende samfunn å få en sunnere livsstil for å forebygge antall slagtilfeller.

4.3 Living successfully with aphasia the first year post-stroke: A longitudinal qualitative study

Forfattere: Grohn, Worrall, Simmons-Mackie og Hudson (2014)

Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive situasjonen fra afasirammede slagpasienters perspektiv, og hva som er viktig for å leve et vellykket liv med afasi og forandringene som oppstår gjennom det første året etter hjerneslag.

Metode: Studien er basert på gjentatte semistrukturerte intervjuer med 15 personer som alle hadde mild til moderat afasi etter hjerneslaget. Deltakerne ble intervjuet tre måneder etter slaget, med oppfølgingsintervjuer seks, ni og 12 måneder. Studien har et kvalitativt longitudinelt design.

Resultat: Funn fra studien indikerte et overordnet tema: aktivt gå fremover. Dette temaet fremhevet at for å leve suksessfullt med afasi måtte en være i stand til å gjøre positive handlinger til tross for de til tider overveldende negative konsekvensene av deres slag og afasi. Å leve vellykket innebærer å ha en god livskvalitet. Det ble også identifisert fire undertemaer som forenkler deltakerne i å aktivt gå fremover. Disse var:

1. Oppfattet forbedring

Kategoriene i dette undertemaet dreide seg om behovet for forbedring i kommunikasjonsferdigheter og verdsette aktiviteter for å muliggjøre å leve vellykket med afasi, viktigheten av å ha en aktiv tilnærming for å forenkle forbedringer og påvirkningen av forventninger.

2. Engasjement i meningsfulle aktiviteter

Her understrekes viktigheten av å leve aktivt og engasjere seg i aktiviteter. Tre kategorier ble identifisert som spesielt viktige; gjenopprette roller og rutiner i hjemmet, engasjere seg i sosiale aktiviteter med familie og venner, og engasjere seg i aktiviteter relatert til samfunnet.

3. Støtte

De to viktigste kildene til støtte var uformell støtte fra familie og formell støtte fra rehabiliteringstjenestene.

4. Opprettholde positivitet

Dette undertemaet fremhevet viktigheten av at deltakerne opprettholdt positivitet selv når de møtte utfordringer i løpet av det første året etter slag. Kategorier som utgjorde dette temaet omhandlet å ha en god holdning, opprettholde positivitet i utfordrende tider, verdien av å sette seg mål og oppfatninger om tid og fremtid.

Konklusjon: Resultatene fra studien tyder på at en helhetlig tilnærming til afasihåndtering er nødvendig med direkte intervensjoner i samsvar med den bredere konteksten til individets hverdag.

Relevans: Artikkelen ser på hvor suksessfullt liv de afasirammede selv synes de har i løpet av det første året etter slag. Å selv oppleve at en har et vellykket liv omhandler også å ha god livskvalitet. Mange artikler ekskluderer slagpasienter med afasi, til tross for at mange rammes av afasi etter et hjerneslag, og jeg mener derfor det er relevant å ha med en artikkel som også vurderer deres livskvalitet i min besvarelse.

4.4 Functional status and quality of life of stroke survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting

Forfattere: Tramonti, Fanciullacci, Giunti, Rossi og Chisari (2014)

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke sammenhenger mellom funksjonsstatus og ulike livskvalitetstiltak i en gruppe pasienter som gjennomgår et rehabiliteringsprogram, og å vurdere rollen av psykologisk stress, mestringsstrategier og sosial støtte.

Metode: Studien er utført ved en nevrologisk rehabiliteringsavdeling i Italia. 29 pasienter ble valgt, og det ble utført psykometrisk testing ved innleggelse og rett før utskrivelse. De brukte flere ulike datainnsamlingsverktøy. Studien er en korrelasjonsstudie med et longitudinelt design.

Resultat: Resultater fra studien viste en vesentlig forbedring av fysisk funksjon ved slutten av rehabiliteringsprogrammet. En reduksjon av angst og depresjon var også observerbart, men til tross for dette var ikke den subjektive oppfatningen at livskvaliteten var forbedret.

Konklusjon: Dataene fra studien støtter beviset for at ulike tiltak av livskvalitet og fysisk funksjon ikke er sterkt forbundet med hverandre, og at psykologisk stress, mestringsstrategier og sosial støtte kan være vesentlig relatert til bestemte utfallsmål.

4.5 The patient's experience of the psychosocial process that influences identity following stroke rehabilitation: a metaethnography

Forfattere: Hole, Stubbs, Roskell og Soundy (2014)

Hensikt: Målet med studien var å vurdere hvordan pasienters erfaring med slagrehabilitering påvirker og utvikler sin identitet, og å vurdere de ulike psykososiale konseptene og interaksjonene som kan påvirke dette.

Metode: Studien er en systematisk oversikt som bruker en syntesetilnærming kalt metaetnografi. Forfatterne søkte i fire databaser, og ved hjelp av inklusjonskriterer ble 13 kvalitative studier inkludert.

Resultat: To sentrale temaer ble identifisert: utviklingen av identitet og de psykososiale konstruksjonene som påvirker erfaring. Begge temaene ble brutt ned til flere undertemaer. Under utviklingen av identitet ble fire undertemaer identifisert: følelse av individets identitet, å være ved et veiskille, ombygging og omstilling av identitet og reintegrere identitet med livet deres. Under temaet om de psykososiale konstruksjonene ble fem elementer identifisert: støtte, autonomi, mestre og tilpasse, håp og suksessmotivasjon og mestringsopplevelser.

Konklusjon: Syntesemodellen viser hvordan gjenoppretting av overlevedes identitetsfølelse endres under rehabilitering som illustrerer endringer og evolusjon over tid. Positive erfaringer er formet av viktige psykososiale begrep som håp, sosial støtte og å stole på egen mestringssevne som påvirkes av både klinisk personal og ekstern støtte.

Relevans: Å bli rammet av hjerneslag innebærer ofte store endringer i hverdagslivet og ens identitet. Dersom en ikke klarer å akseptere sin nye livssituasjon eller har dårlige erfaringer med rehabiliteringen vil dette kunne ha stor innvirkning på livskvaliteten.

4.6 Hovedfunn

Studiene viser hvordan slagpasientene opplever symptomer som tretthet, nedsatt konsentrasjon, funksjonshemninger og afasi, som påvirker livskvaliteten negativt. De viser at det er en rekke psykososiale faktorer som påvirker hvor godt en håndterer sykdommen. Dette påvirker igjen hvor god livskvalitet den enkelte pasient har i etterkant av hjerneslag. Blant annet har bruk av gode mestringsstrategier vist økt livskvalitet. Støtte fra familie og venner, samt fra rehabiliteringstjenestene påpekes også som viktige faktorer for økt livskvalitet. Studiene belyser i tillegg hvor viktig det er å gjenopprette og omforme identiteten, og også å reintegrere identiteten med livet, som for eksempel roller og rutiner i hjemmet, for å få en økt livskvalitet. Det belyses også hvordan det i rehabilitering er stort fokus på fysisk funksjon, mens det psykiske får lite oppmerksomhet under rehabiliteringen. I etterkant av hjerneslaget vil det være essensielt med informasjon og undervisning både til pasientene og deres pårørende. Informasjonen bør innebære videre plan, tilbud og tjenester som er tilgjengelig, men også i forhold til forebygging av nye hjerneslag.

5 Drøfting

Livskvalitet er et komplekst begrep, og det er individuelt hvordan en selv vurderer egen livskvalitet. En rekke faktorer kan spille inn på livskvaliteten etter at en har blitt rammet av et hjerneslag. Det omfatter både angst og depresjon, i hvilken grad en mestrer den nye situasjonen, om en klarer å skape en ny identitet til den nye tilværelsen, fysisk funksjon, hvor god støtte en har rundt seg, og hvor mye kunnskap en har om hjerneslag samt konsekvensene av det.

5.1 Psykososialt stress hos slagrammede, og dets påvirkning på livskvalitet

Å oppleve sykdom, gjerne spesielt akutt sykdom som hjerneslag, vil være en stor påkjenning og skape stort stress. Livet snus på hodet, og omstendighetene er ikke lenger som det var. Psykososialt stress er et vidt begrep, men jeg har valgt å fokusere på betydningen av angst og depresjon, mestring og identitet under dette undertemaet.

5.1.1 Betydningen av angst og depresjon for livskvaliteten

Depresjon forekommer hos om lag 40% av alle pasienter med hjerneslag. Det kan gi alvorlige konsekvenser i etterkant av hjerneslaget, som blant annet høyere grad av uførhet, høyere dødelighet og lavere livskvalitet sammenlignet med slagpasienter uten depresjon (Finset, 2014, s. 506-507). Hos slagrammede kan depresjon også forveksles med sorg over sykdommen og tapene som oppstår etter hjerneslaget. En kan sørge over tapte funksjoner, tap av arbeidsliv og sosialt liv. I tillegg er det også svært tungt å måtte lære på ny. Noen må gjerne lære seg å gå igjen, kle på seg, spise selv, andre må lære seg å snakke igjen. Dette er grunnleggende ferdigheter en utfører i hverdagen uten å tenke, som en plutselig ikke lenger mestrer. I en studie svarte 90 prosent av deltakerne at de aldri hadde opplevd depresjon før hjerneslaget, mens i etterkant av hjerneslaget var det kun 46 prosent som ikke hadde opplevd depresjon (Krzemińska et al., 2016, s. 64). Valg av mestringsstrategi har også en sammenheng med depresjon. En studie fant at slagrammede med høyere depresjonsskår brukte andre mestringsstrategier enn personene med lavere skår (Visser et al., 2015, s. 1495). Dette kan

tyde på at jo mindre grad en opplever mestring, desto større grad av depresjon opplever en. Det er dermed ikke utenkelig ettersom depresjon kan skape en følelse av håpløshet. Forebygging og behandling av depresjon er viktige elementer vi må ha fokus på slik at det tidlig kan fanges opp.

Også angst ses hyppig hos slagrammede (Helsedirektoratet, 2017, s. 219). Blant annet kan mange pasienter ha angst for nye hjerneslag. I studien til Pettersen med flere (2017, s. 95) uttrykte de fleste deltakere denne frykten. De var redde for at ett nytt hjerneslag ville medføre mer alvorlige symptomer og større grad av avhengighet. I tillegg var de også redde for å ikke få hjelp tidsnok til å kunne motta trombolytisk behandling. For noen deltakere var angsten mer fremtredende, og styrte hverdagen i større grad. De turte ikke lenger å gjøre aktiviteter som tidligere var en stor del av livet, som for eksempel reising og skogsturer (Pettersen et al., 2017, s. 96). Det er naturlig å tenke seg at mange slagrammede også kjenner på angsten for å dø. Funn viser at når leger hadde god oppfølging med pasienter i etterkant av et hjerneslag, fikk pasientene mindre angst og depresjon (Jakobsen, 2017). Også sykepleiere spiller en viktig rolle her. De har et tett samarbeid med slagpasientene når de er innlagt på sykehus eller rehabiliteringsavdeling. En har da ansvar for å snakke med pasienten om hvordan han har det, og hjelpe pasienten å sette ord på følelsene. Noen kan kanskje kjenne på angsten uten å helt forstå hvor det stammer fra. Da kan sykepleiere være en god støtte, og hjelpe pasienten å sette ord på hva frykten og angsten handler om. I en studie så de derimot fra første til andre testing at det var en reduksjon av angst og depresjon (Tramonti et al., 2014, s. 7). Dette betyr likevel ikke at det forsvinner helt. Viktigheten med å behandle angst og depresjon hos slagrammede fremheves, da det ses en viss assosiasjon mellom depresjon og lavere skår på fysisk funksjon (Tramonti et al., 2014, s. 6).

Slagrammede beskrev hvordan de opplevde både opp- og nedturer i løpet av det første året knyttet til negative følelser rundt hjerneslaget og afasi (Grohn et al., 2014, s. 1417). Det var svært viktig for deltakerne å opprettholde positiviteten etter hjerneslaget, selv når de møtte utfordringer. Dette for å kunne oppleve god livskvalitet til tross for endret livssituasjon etter hjerneslaget. Ingen av deltakerne i studien til Pettersen med flere (2017, s. 95) hadde synlige mén etter hjerneslaget. De følte seg av den grunn friske, men at de likevel ikke var det. Alle utenom én deltaker opplevde problemer som i varierende grad påvirket hverdagen. Symptomene de opplevde var lite synlige for andre, slik som økt trettbarhet,

konsentrasjonsvansker, hukommelsesproblemer og emosjonelle forandringer. Dette er symptomer som kan påvirke livskvaliteten negativt. Dersom en opplever økt trettbarhet kan det for eksempel være vanskelig å komme seg ut og delta på sosiale sammenkomster, noe som kan gi en opplevelse av isolasjon.

5.1.2 Betydningen av mestring for livskvaliteten

Å få et hjerneslag kan innebære en følelse av en rekke tap. Pasienter beskriver tap av roller, tilhørighet, kontroll og evne (Hole et al., 2014, s. 8). For å akseptere og takle alle tapene vil det være essensielt å oppnå mestring. Mestring dreier seg om å kunne oppnå et satt mål, eller å leve med en tilstand (Romsland et al., 2015, s. 52). Av Benner og Wrubel (1989, s. 62) beskrives mestring som hva en velger å gjøre med stresset en opplever ved sykdom og skade. De tar avstand fra at det finnes fasiter på hva som er «god» og «dårlig» mestring, og mener mennesker mestrer stress på forskjellige måter ut fra sin livsverden, hva de selv opplever som viktig for dem, kroppslige ferdigheter, deres historie og nåværende situasjon (Benner og Wrubel, referert i Konsmo, 1995, s. 85).

Som sykepleier skal en hjelpe slagpasienten til å oppnå mestring rundt den nye situasjonen med de eventuelle begrensningene en har. Her er det flere faktorer som spiller inn. Blant annet må sykepleieren fokusere på hver enkelte persons ressurser. Ved å styrke de indre og ytre ressursene vil pasienten være bedre rustet til å mestre den nye tilværelsen. Indre ressurser omfatter ens psykiske og fysiske ressurser. De ytre ressursene er støttende familie, økonomisk stabilitet, sosialt nettverk, gode boforhold og muligheter innenfor arbeidslivet (Romsland et al., 2015, s. 198). I rehabiliteringen vil en gjerne ha fokus på ADL-trening. På denne måten vil pasienten kunne ivareta egenomsorg i større grad etter hvert som pasienten mestrer nye områder innen ADL-treningen. I starten må gjerne sykepleieren gjøre flere av oppgavene for pasienten, men etter hvert kan sykepleieren gå fra posisjonen med å gjøre handlinger for pasienten, til å gi støtte og veiledning (Romsland et al., 2015, s. 199).

En annen måte sykepleieren kan bidra til å styrke pasientens mestring på er i følge Benner og Wrubel (referert i Konsmo, 1995, s. 38) å hjelpe pasienten til bearbeiding av mening. De mener meningsløshet og manglende tilhørighet er en av de viktigste truslene mot mestring. Dersom en ikke opplever en mening med tilværelsen vil også livskvaliteten reduseres. For

Benner og Wrubel (referert i Konsmo, 2009, s. 123-124) er det viktig å påpeke at det er den enkeltes forståelse av situasjonen som er avgjørende for hvilke muligheter en opplever at en har. Individene kan få nye mestringmuligheter dersom en klarer å tolke situasjonen på en annen måte, legge andre meninger i tilværelsen eller utvikle noe annet å bry seg om. Å informere om sykdom, skade og lidelse kan i følge Stubberud (2013, s. 96) skape mening i det meningsløse. En kan også innhente informasjon fra pårørende om hva som gir pasientens liv mening, og hva som motiverer han, for å trekke dette inn i pleien og rehabiliteringen.

En viktig forutsetning for å kunne oppnå mestring er mestringstro. Det er en sykepleieroppgave å utforske pasientens mestringstro, altså hvilket utgangspunkt pasienten har for å lykkes med å mestre livet etter hjerneslag. Nøkkeldimensjonene til individets mestringstro inkluderer behovet for verbal overtalelse i form av oppmuntring og tilbakemelding fra helsepersonell, mestringsopplevelser, økende ekspertise, og fremgang til mål. Personens mestringstro påvirker evnen til å lære, forbedrer deres prestasjonsnivå og bestemmer motivasjonen. Høy mestringstro vil hjelpe individet til å fortsette, til tross for vanskeligheter, for å oppnå de behovene de verdsetter som positivt påvirker deres helse og livskvalitet. Gjentatte nederlag kan redusere mestringstroen, som igjen vil påvirke livskvaliteten negativt (Hole et al., 2014, s. 10). Sykepleiers påvirkning på pasientens mestringstro omhandler å oppmuntre og motivere. Dette kan sykepleier gjøre i det små i hverdagen, men en kan også ha individuelt tilpasset undervisning for å styrke pasientens mestringstro.

5.1.3 Identitet og betydningen for livskvalitet

Et individs identitet bygges på hvilke verdier og levemåter en har i livet. Verdiene en har bidrar også til god livskvalitet. Gjennom vår væremåte forteller vi hvem vi er, det forteller om ens identitet (Romsland et al., 2015, s. 136). Pasienter i rehabilitering møter eksistensielle utfordringer når de opplever at livet endres etter sykdom eller skade. Utfordringene er knyttet til at det i tidligere forventninger og forståelse av egen virkelighet oppstår brudd. Ens opplevelse av eksistens kan påvirkes gjennom handling, noe som kan føre til en grunnleggende usikkerhet på livet, da vår tillit til verden er basert på forutsigbarhet, noe en gjerne ikke har etter et hjerneslag. Hverdagslige rutiner som tidligere har gått av seg selv gjør

gjærne ikke det lengre (Romsland et al., 2015, s. 125). Når tidligere roller som har vært betydningsfulle for pasienten endres, vil opplevelsen av egen identitet være truet.

En av fasene i å utvikle identiteten etter et hjerneslag er å stå ved et «veiskille». Dette forekommer når pasientens selvrealisering økes på grunn av eksponering for en ny virkelighet, for eksempel når de drar hjem fra rehabiliteringsoppholdet, når tilpasninger og ny innsikt er nødvendig. Overgang, justering og læring knyttet til disse erfaringene ser ut til å være viktig for den enkelte pasient i rehabiliteringsprosessen. Forventningene er høye for enkeltpasienten på overgangstidspunktet der de justeringer som følger krever anerkjennelse av det «nye» selvet (Hole et al., 2014, s. 6). Slagpasientene kom til et punkt etter anerkjennelse av deres situasjon, enten under eller etter rehabiliteringen, hvor de anså rollen og meningen med hva deres liv ville være. Pasientene trenger tid til å tilpasse seg denne realiseringen. Pasienters ønske om reintegrasjon til deres sosiale verden etter hjerneslag ble funnet å inspirere til engasjement i rehabiliteringen, og ga følelsen av økt energi og mening i livet. For mange deltakere var det en stor verdi å ha en følelse av tilhørighet i løpet av forandringsprosessen som skjer med rehabilitering. Tilhørighet og aksept av et «nytt» selv synes viktig i deltakerens erfaring med rehabilitering etter et slag (Hole et al., 2014, s. 7-8). For mange kan også det å komme seg hjem, og se at en kan mestre oppgaver i hjemmet og til en viss grad opprettholde rollene hjemme bidra til å opprettholde identitet og mening (Grohn et al., 2014, s. 1414-1415; Romsland et al., 2015, s. 126).

I studien til Hole med flere (2014, s. 6) kom det frem at mange pasienter ikke følte deres bredere menneskelige behov ble oppfylt, og at de heller ikke ble anerkjent som enkeltpersoner i deres erfaring med rehabilitering. På en avdeling kan det ofte være mye oppgaver en sykepleier skal gjennom i løpet av en dag, og tiden er gjerne knapp. Dette kan føre til at pasientenes viktigste behov blir dekket, som stell, medisiner og mat. Det er derimot ikke bare disse behovene et menneske har. For mange kan det å komme seg ut være viktig, eller det å ta seg en dusj hver morgen. Med en travel hverdag på avdelingen er det imidlertid ikke alltid tid til dette, og dersom pasienten ikke klarer å utføre disse oppgavene selv, kan ofte slike behov bli utelatt. Dette kan ha en negativ påvirkning på pasientens livskvalitet. Som svar på slike erfaringer er det utviklet et konsept, individuell recoverymodell. Denne modellen gir helsepersonell en mulighet til å forstå hvordan slagoverlevende ser en vei til sin recovery.

Modellen antyder at pasienten kombinerer kunnskapen om seg selv og dens livserfaring med faglige meninger og råd for å skape en forståelse for egen recovery.

En viktig faktor for å lykkes med individuell recoverymodell er at pasienten opplever å ha autonomi. Dette bidro hos mange til å bygge opp selvbildet og selvtilliten. Evnen til å ta egne valg og løse problemer selv medførte at deltakerne tok økt ansvar og forbedret utfallet av rehabiliteringsoppholdet. Gjennom å oppnå autonomi var deltakerne bedre i stand til å forene sin følelse av «selv», og dette handlet som en primær måte å gå videre fra nåværende selv til å utvikle selvet (Hole et al., 2014, s. 8). Derimot er det ikke alltid like lett for pasientene å oppnå autonomi. Blant annet kan det være vanskelig hos slagrammede med afasi, da det ikke alltid er like enkelt å forstå hva pasienten mener. I en studie så de på hvordan sykepleiere kunne bidra til å oppnå autonomi hos slagrammede pasienter. Dette var blant annet at sykepleieren inkluderte pasienten i samtaler, ikke bare henvendte seg til pasientens pårørende (Grohn, Worrall, Simmons-Mackie & Brown, 2012, s. 395). Jeg tenker også det vil være viktig å bruke god tid, slik at pasienten får prøvd å uttrykke hva han mener. En annen mulighet kan være å stille ja/nei spørsmål, eller si ulike alternativer dersom en merker at pasienten har vanskeligheter med å finne enkelte ord. Å ha en god relasjon mellom pasient og sykepleier er også en fordel, da en i større grad kjenner pasienten, og lettere kan oppfatte pasientens meninger og ønsker.

Sykepleierens fortolkende funksjon i rehabilitering skal hjelpe brukeren gjennom individuelle prosesser. Dette innebærer samtaler og å kunne lytte, og en må komme med råd når en ser at det er behov for dette (Romsland et al., 2015, s. 125). Gjennom utviklingen av identiteten opplevde mange pasienter det å ha støtte fra helsepersonell og familie som avgjørende, spesielt i den første tiden (Hole et al., 2014, s. 6). Som sykepleier skal en tilstrebe å imøtekomme pasientens valg av livsstrategier. En skal også bidra til at pasienten opplever at livet et verdt å leve, til tross for endrede livsbetingelser (Romsland et al., 2015, s. 135).

5.2 Fysisk funksjon og betydningen for livskvalitet

For mange av deltakerne i studien til Pettersen med flere (2017, s. 96) ble hjerneslaget en tankevekker som medførte at de ble mer bevisst på egen livsstil. Som tidligere nevnt hadde ingen av deltakerne synlige mén etter hjerneslaget. De fleste deltakerne hadde endret

livsstilen på en eller annen måte for å redusere risikoen for nye slag. Typiske endringer var økt fysisk aktivitet, kostholdsendringer og røykestopp. Noen få deltakere levde derimot som før til tross for kjente risikofaktorer for nye hjerneslag. De var av den oppfatningen at «dersom en får det, får en det». Andre igjen kan selv føle at slik de levde før hjerneslaget ivaretok livskvaliteten, og de føler dermed ikke et behov for å endre på livsstilen.

I en studie ble det undersøkt hva som var viktig for å leve suksessfullt med hjerneslag og afasi. En av de viktigste faktorene var at deltakerne selv opplevde forbedring i kommunikasjonsferdigheter, samt andre ferdigheter berørt av hjerneslaget. For å oppnå dette beskrev deltakerne at det var viktig at de aktivt utfordret seg selv og øvde på fysiske aktiviteter i hverdagen (Grohn et al., 2014, s. 1412-1414). Også i studien til Krzemińska med flere (2016, s. 66) kom det frem at fysisk funksjon var viktig for å oppleve god livskvalitet.

Den største nedgangen i livskvaliteten til deltakerne etter hjerneslaget ble observert på følgende områder; fysisk funksjon, altså personens opplevelse av egen fysisk kapasitet, eller hva vedkommende faktisk kan utføre, og begrensninger på grunn av fysisk helse, det vil si gjøremål en ikke klarer å utføre på grunn av sin fysiske helse (Krzemińska et al., 2016, s. 66). Analysen av gruppen med slagpasienter og deres utførelse av hverdagslige oppgaver viste en tydelig endring før og etter hjerneslaget. Før hjerneslaget var 91 prosent selvstendige i disse oppgavene, mens etter hjerneslaget var denne gruppen redusert til 42 prosent (Krzemińska et al., 2016, s. 62). De så at deltakerne som hadde funksjonelle begrensninger samt vanskeligheter med å utføre hverdagslige oppgaver hadde en dårligere livskvalitet. I tillegg trigger lav mobilitet negative følelser, som igjen fører til redusert livskvalitet (Krzemińska et al., 2016, s. 67). Undersøkelsene gjort i Tramonti med flere (2014, s. 3) sin studie viste en signifikant forbedring på den fysiske funksjonen fra testing ved innleggelsestidspunkt til testing ved endt rehabiliteringsopphold. Rehabiliteringen så ut til å ha en positiv påvirkning på fysisk opptrening, men uten å nødvendigvis påvirke livskvaliteten på samme måte (Tramonti et al., 2014, s. 5). De mener med andre ord at livskvaliteten ikke nødvendigvis blir økt til tross for at den fysiske funksjonen forbedres. På bakgrunn av disse funnene foreslås det å innføre samtaler med psykolog i rehabiliteringsprogrammene. Å oppleve et hjerneslag kan være traumatisk, da det skjer brått og kan snu livet på hodet. Det er funn på at å rammes av hjerneslag kan medføre posttraumatisk stress-syndrom (PTSD) (Pettersen et al., 2017, s. 98). Disse funnene kan tyde på at det er behov for å få bearbeidet følelsene en kan sitte igjen med

etter en slik opplevelse. Da kan det være hensiktsmessig å snakke med en psykolog. Sykepleiere kan selvsagt også være gode samtalepartnere, men de har imidlertid ikke den samme kompetansen som en psykolog har.

Et annet område som var viktig for å kunne oppleve god livskvalitet var å delta i meningsfulle aktiviteter. Det gjaldt blant annet å reetablere roller og rutiner i hjemmet. Hverdagsrutiner hjalp deltakerne til å føle at de gjorde noe produktivt med en hensikt (Grohn et al., 2014, s. 1414). Dette gjaldt spesielt husarbeid. I tillegg var det viktig for mange av deltakerne å være med på sosiale aktiviteter med familie og venner. Dette kunne være alt fra å gjøre mer med ektefellen, til å dra på sportskamper med venner. For noen deltakere hjalp det også å jobbe som frivillig for å bidra til samfunnet (Grohn et al., 2014, s. 1415).

5.3 Støtte og dets betydning for livskvalitet

Vi kan dele støttefaktorer inn i indre og ytre støttefaktorer. De indre består av motivasjon, status og kompetanse. Ytre støttefaktorer består av sosiale og materielle ressurser (Wilken & Hollander, 2008, s. 109). Flere studier påpeker viktigheten av å ha god støtte i etterkant av et hjerneslag (Grohn et al., 2014, s. 1416-1417; Hole et al., 2014, s. 8; Krzemińska et al., 2016, s. 67; Tramonti et al., 2014, s. 4-5). Det er ulike typer støtte som fremheves. Blant annet ble uformell støtte fra familie og venner sett på som viktig (Grohn et al., 2014, s. 1416-1417; Hole et al., 2014, s. 8). Familiemedlemmer kunne oppmuntre ved vanskelige perioder, og de hjalp også deltakerne til å bli mer selvstendige over tid (Grohn et al., 2014, s. 1416). Støtte fra familie og venner kan også være vesentlig for å utvikle gode mestringsstrategier (Tramonti et al., 2014, s. 4-5). I den første tiden etter et hjerneslag er hele tilværelsen ny og skremmende, og pasienten kjenner heller ikke personalet godt. Jeg har selv erfart hvordan pasienter opplever det trygt å ha pårørende rundt seg, spesielt i den første tiden. Pårørende er de som kjenner pasienten, og som best kan hjelpe til å få formidlet pasientens ønsker.

Først familie, deretter fysioterapeut og til slutt legen var de støttende personer som mest positivt påvirket deres bedring (Krzemińska et al., 2016, s. 67). Benner og Wrubel (1989, s. 109) peker på at et sosialt nettverk og sosial støtte er viktig, og at dersom en mangler en del av det sosiale nettverket kan en balansere det med utvidelse av en annen del. For eksempel kan en kompensere lite eller ingen familie med mange nære venner. Dette påpekte noen av

deltakerne i studien til Grohn med flere (2014, s. 1416) på. De hadde ikke familie, men viste til viktigheten av støtte fra nære venner.

Den andre viktige støtten som ble fremhevet i flere studier er formell støtte fra personell i rehabiliteringstjenestene (Grohn et al., 2014; Hole et al., 2014). Denne typen støtte kom til uttrykk i flere former. Blant annet var personalet en viktig kilde til informasjon. Personell har kunnskap om sykdommen, og det er også de som sammen med lege bestemmer videre forløp. I den første fasen etter at hjerneslaget inntreffer oppleves ofte situasjonen som kaotisk og uforståelig. Sykepleiers rolle i denne fasen vil gjerne være samtaler og trøst med både pasient og pårørende, men de kan også bidra til forståelse av hva som har skjedd. En viktig forutsetning for at sykepleiere skal kunne være en god støtte for pasienten er å skape en god relasjon. Dette kan være avgjørende for pasientens opplevelse av trygghet og motivasjon for trening (Romsland et al., 2015, s. 192-193). Ofte fremhevet deltakerne den positive erfaringen med å ha dyktig personell tilgjengelig for å gi tilbakemelding og oppmuntring. Videre påvirket de ulike måtene deltakerne opplevde at de fikk støtte innen rehabiliteringen deres evne til å gjenvinne autonomi og forene sin selvtillit (Hole et al., 2014, s. 8). Som sykepleier er det viktig å bevisst se pasienten som et menneske med evne til å tenke og reflektere, og tydelig vise at pasienten bestemmer over seg selv. Det er viktig å la pasienten, så lenge han er i stand til det, ta del i beslutninger som omhandler han selv.

Noen av deltakerne i studien til Grohn med flere (2014, s. 1417) kom også i kontakt med andre slagpasienter gjennom formelle tjenester som rehabilitering og gruppeterapi. Dette opplevdes som positivt for flere da de fikk delt sin historie med andre som lyttet til dem og som forsto dem. På denne måten kan livskvaliteten økes, ved at pasienten får snakket ut om det de opplever som vanskelig, og at slagpasientene kan dele tips med hverandre om hvordan en kan håndtere de vanskelige utfordringene. Det var derimot ikke alle som fant støtte i denne typen interaksjoner. For noen få deltakere opplevdes det som opprørende å stadig se de negative konsekvensene av hjerneslag og afasi hos andre (Grohn et al., 2014, s. 1417). Dette kan påvirke livskvaliteten negativt, ved at de stadig blir påminnet om egne symptomer og begrensninger.

Det å ha støtte rundt seg i etterkant av et hjerneslag er viktig, uansett om støtten kommer fra familie, venner eller rehabiliteringstjenestene. Utfordringene som oppstår i etterkant av et

hjerneslag kan påvirke livskvaliteten, men så lenge en ikke står alene med problemene har pasientene en sjanse for et bra liv i samfunnet (Krzemińska et al., 2016, s. 67).

5.4 Kunnskap og kommunikasjonens betydning for livskvaliteten

Funn viser at slagrammede har redusert livskvalitet fordi de er redd for nye hjerneslag. Dette skaper stress i hverdagen. I studien til Pettersen med flere (2017, s. 97) ga enkelte av deltakerne uttrykk for at de ikke hadde fått informasjon om hvilke tiltak de selv kunne iverksette for å forebygge nye hjerneslag, verken i akuttfasen på sykehuset eller i andre ledd av behandlingsskjeden. Dette støttes også hos deltakerne i studien til Krzemińska med flere (2016, s. 62), hvor 64 prosent fortalte at de ikke hadde fått noen informasjon eller undervisning om slagforebygging. Noen mente de hadde fått noe informasjon og brosjyrer, men at situasjonen de var i opplevdes som kaotisk og de fikk dermed ikke med seg informasjonen (Pettersen et al., 2017, s. 97).

Selv om Krzemińska med flere (2016, s. 65) ikke fant noen signifikant statistisk sammenheng mellom livskvalitet og undervisning, så de likevel at deltakerne som deltok i slagundervisning vurderte sin livskvalitet høyere enn deltakerne uten undervisningen. De fant også at av deltakerne som hadde hatt flere enn ett hjerneslag, var det 82 prosent som ikke hadde mottatt slagforebyggende undervisning (Krzemińska et al., 2016, s. 67). Undervisning i seg selv kan ikke forebygge hjerneslag, men økt kunnskap om sykdommen, kan gjøre at pasienten føler seg tryggere og mindre stresset, som igjen kan øke livskvaliteten.

Både pasienter og dens pårørende har et stort behov for å få informasjon etter et hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017, s. 233). Dette støttes av flere studier (Krzemińska et al., 2016, s. 67; Pettersen et al., 2017, s. 100). Helsepedagogikk har som hensikt å inspirere pasienter og pårørende til å endre sitt forhold til helse og livsstil, samt bidra til å utvikle pasientkompetanse og mestring (Tveiten, 2016, s. 12). Informasjon fører til økt kunnskap som gjør at den slagrammede er i bedre stand til å møte utfordringer som følge av hjerneslaget (Pettersen et al., 2017, s. 100). Slagpasientene og deres pårørende trenger både informasjon om sykdommen, behandlingsforløpet, prøver og undersøkelser, og svarene på disse. Sykepleiere har en viktig rolle i å undervise og veilede pasienter. Informasjonen må gis på riktig tidspunkt og i riktige mengder for å sikre at en ikke skremmer pasienten, eller fører til at

pasienten mister håpet eller kontrollen over egen situasjon (Benner & Wrubel, referert i Kongsmo, 1995, s. 118).

Det er som tidligere skrevet flere kjente risikofaktorer for hjerneslag (Bertelsen, 2016, s. 327). For å forebygge nye hjerneslag vil det blant annet være viktig å gjøre livsstilsendringer for å redusere risikoen for nye hjerneslag. Denne informasjonen er viktig å gi til slagpasienter, da det vil gi pasienten den nødvendige kunnskapen for å kunne iverksette og opprettholde livsstilsendringer. En arena for informasjon kan være formelle samtaler før utskrivelse, samt samtale i slagpoliklinikk etter utreise (Pettersen et al., 2017, s. 99). Det er viktig at pårørende er til stede når pasienten får informasjon. På denne måten vil en være flere om å huske det som har blitt sagt. Informasjonen bør gis både skriftlig og muntlig, og den må gjentas (Pettersen et al., 2017, s. 97).

6 Avslutning

Oppgavens hensikt var å belyse hvordan livskvaliteten til slagrammede påvirkes i etterkant av et hjerneslag. De fleste pasientene opplever en redusert livskvalitet etter hjerneslaget, sammenlignet med hvordan de hadde det før. Det kan være vanskelig å skille mellom depressive symptomer og pasientens opplevelse med tapte funksjoner etter hjerneslag. Det vil likevel være viktig at sykepleieren har en helhetlig tilnærming, da det fysiske og psykiske ofte har en sammenheng.

Videre er individuelt tilpasset informasjon og veiledning hensiktsmessig da det bidrar til økt forståelse og kunnskap hos pasienten. Med kunnskap kan pasienten i større grad trygges, da de har en større forståelse. Kunnskap kan også ha en sentral rolle i å oppnå mestring. Som sykepleier er det viktig å fokusere på hvilke ressurser pasienten har, og jobbe med å styrke disse. Et annet viktig fokus er å hjelpe pasienten til å finne mening, i og med at meningsløshet er en stor trussel mot mestring. Til sist er det viktig at pasienten har mestringstro.

For mange var god fysisk funksjon viktig for å oppleve god livskvalitet. Det kan være motiverende å se at en stadig klarer nye oppgaver. Lav mobilitet kan også trigge negative følelser, som igjen fører til redusert livskvalitet. Videre er det svært viktig at pasienter har god støtte i etterkant av et hjerneslag. Ved å ha et godt støtteapparat har en mennesker som kan oppmuntre i tunge perioder, og det kan være av vesentlig betydning for god mestring.

Det finnes ingen fasitsvar på hvordan en skal ivareta pasientenes livskvalitet på best mulig måte, men det kan ut ifra min oppgave se ut til at støtte, mestring, fysisk og psykisk helse samt kunnskap kan være viktige elementer for å bidra til økt livskvalitet hos slagrammede.

Referanseliste

- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primary of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 322-343). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving: for bachelor- og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finset, A. (2014). Skader i hodet og ryggspylen, samt hjerneslag. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske rekasjoner ved somatisk sykdom* (1. utg., s. 504-514). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Fjærtøft, H., Indreadvik, B., Mørch, B., Phan, A., Skogseth-Stephani, R., Halle, K. K. & Varndal, T. (2018). *Årsrapport 2017 - Med plan for forbedringstiltak*. Hentet fra https://stolav.no/Medisinskekvalitetsregistre/Norsk-hjerneslagregister/%C3%85rsrapport_Norsk_hjerneslagregister%202017.pdf

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

Grohn, B., Worrall, L., Simmons-Mackie, N. & Hudson, K. (2014). Living successfully with aphasia during the first year post-stroke: A longitudinal qualitative study. *Aphasiology*, 28(12), 1405-1425. <http://dx.doi.org/10.1080/02687038.2014.935118>

Grohn, B., Worrall, L. E., Simmons-Mackie, N. & Brown, K. (2012). The first 3-months post-stroke: What facilitates successfully living with aphasia? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(4), 390-400. <http://dx.doi.org/10.3109/17549507.2012.692813>

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Hjerneslag.pdf>

Hole, E., Stubbs, B., Roskell, C. & Soundy, A. (2014). The patient's experience of the psychosocial process that influences identity following stroke rehabilitation: a metaethnography. *Scientific World Journal*, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/349151>

Jakobsen, S. E. (2017). Mange får depresjon og angst etter hjerneslag. Hentet fra <https://www.slagrammede.org/mange-far-depresjon-og-angst-etter-hjerneslag/>

Johansen, S. J. K. (2018). Skal innkjøpe X til slagrehabilitering. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/direktorens-stab/stab-forskning-innovasjon-og-utdanning/seksjon-for-innovasjon/skal-innkjope-x-til-slagrehabilitering>

Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M. & Sachdev, S. (2016). Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(9), 634. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.181636>

- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør-: Om omsorgens betydning for sykepleie: En presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: TANO.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 29-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 237-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krzemińska, S., Bekus, A., Borodzicz, A. & Arendarczyk, M. (2016). Analysis and Evaluation of Subjective Quality of Life in a Group of Patients after Ischemic Stroke. *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing*, 5(2), 58-68.
<http://dx.doi.org/10.15225/PNN.2016.5.2.4>
- Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T. & Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære* (NOVA rapport 3/01). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2001/Livskvalitet-som-psykisk-velvaere>
- Pettersen, S., Bøe, M. G. & Haraldstad, K. (2017). "Frisk, men likevel ikke som før...". *Nordisk Sygeplejeforskning*, 7(2), 90-103. 10.18261/ISSN.1892-2686-2017-02-02
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>

- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tramonti, F., Fanciullacci, C., Giunti, G., Rossi, B. & Chisari, C. (2014). Functional status and quality of life of stroke survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting. *NeuroRehabilitation*, 35(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-141092>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H., Spijker, A. v. t., Oostra, K. M., Busschbach, J. J. & Ribbers, G. M. (2015). Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(8), 1492-1498. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.04.007>
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 303-328). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wilken, J. P. & Hollander, D. D. (2008). *Rehabilitering og recovery: En integrert tilgang*. København: Akademisk Forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Beskrivelse av fremgangsmåten for søk

Artikkel nr. 1

Idunn, hentet 16.10.18

Søkeord:	Resultat:	Valgt:	Navn på artikkel:
Slag livskvalitet	67		
Slag livskvalitet, 2014-2018	25	Nr. 1	«Frisk, men likevel ikke som før ...»

Artikkel nr. 2

CINAHL, 27.02.19

Søkeord:	Resultat:	Valgt:	Navn på artikkel:
Stroke patients AND quality of life AND Psychosocial factors	657		
Stroke patients AND quality of life AND Psychosocial factors, 2014-2019, peer reviewed, research article	175		
Stroke patients AND quality of life AND Psychosocial factors, 2014-2019, peer reviewed, research article, English language, all adults	135	Nr. 81	Analysis and Evaluation of Subjective Quality of Life in a Group of Patients after Ischemic Stroke.

Artikkel nr. 3

CINAHL, Hentet 17.02.19

Søkeord:	Resultat:	Valgt:	Navn på artikkel:
Stroke AND quality of life AND experience, 2014-2019, peer reviewed, research article	79	Nr. 26	Living successfully with aphasia during the first year

			post-stroke: A longitudinal qualitative study.
--	--	--	--

Artikkel nr. 4

CINAHL, Hentet 15.03.19

Søkeord:	Resultat	Valgt:	Navn på artikkel:
Stroke AND quality of life AND coping, 2014-2019, peer reviewed, research article	31	Nr. 3	Functional status and quality of life of stroke survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting.

Artikkel nr. 5

CINAHL, Hentet 15.03.19

Søkeord:	Resultat:	Valgt:	Navn på artikkel:
Stroke AND quality of life AND hope, 2014-2019, peer reviewed, research article	4	Nr. 1	The Patient's Experience of the Psychosocial Process That Influences Identity following Stroke Rehabilitation: A Metaethnography

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av forskningsartikkel

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Få mer kunnskap om slagrammedes erfaringer; hvordan livskvaliteten er påvirket og på hvilken måte hjerneslaget har hatt betydning for endring av livsstilen for å forebygge nye hjerneslag.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Inklusjonskriterier er beskrevet.
syv menn og to kvinner i alderen 48-77 år
To pensjonister, en uføre og seks yrkesaktive.
Deltakerne ble valgt ved innleggelse, alle fikk utdelt
informasjonsskriv.
Alle inviterte takket ja.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA

UKLART

NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Setting ble valgt av hver deltaker etter hvor de var mest komfortabel.
Semistrukturerte intervjuer

Kvale og Brinkmanns syv stadier for intervjuundersøkelse

Alt ble tatt opp på opptaker og transkribert ordrett av første forfatter

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Forskeren har erfaring som sykepleier på akutt slagenhet, sykepleier drevet slagpoliklinikk og telefon oppfølging.

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Muntlig og skriftlig informasjon
Alle deltakere ga skriftlig samtykke
Studien ble forelagt etisk komité, og det ble gitt tillatelse.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA

UKLART

NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

De brukte Granheim og Lundmans Kvalitative innholdsanalyse.
De leste intervjuene flere ganger, dette teksten i meningsbærende enheter som ble kondensert

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA

UKLART

NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Andre kilder er trukket inn i diskusjonsdelen.

ja

ja

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Gir nyttig kunnskap om pasientgruppen erfaringer etter hjerneslag og trombo-lytisk behandling.
Kartlegging av sykepleiers forebyggende og helsefremmende rolle er sentralt
Utvalget er lite og begrenset, bør derfor undersøkes på større grupper før en kan si noe sikkert