



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 428

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 10279

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 3

Andre medlemmer i gruppen: 427

Jeg godkjenner autalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Livet etter et multitraume - hvordan kan mobilisering påvirke livskvaliteten?

Life after traumatic injury- how can mobilisation affect quality of life?

Kandidatnummer: 427 og 428

Bachelor Sykepleie kull 17
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)
Innleveringsdato: 18.05.20

Antall ord: 10 279

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, § 12-1.

“Målet med sykepleierens innsats er ikke å gi tilbake det personen har mistet, eller å fjerne sorgen, men å gjøre det mulig for pasienten å forsones seg med den nye vendingen som livet har tatt. (...) Når noen opplever store endringer i og/eller mister deler av familien, konteksten eller kroppen sin, påvirker det også opplevelsen av hvem de er”. (Gustin, 2016, s. 224)

Sammendrag

Tittel:

Livet etter et multitraume - hvordan kan mobilisering påvirke livskvaliteten?

Problemstilling:

Hvordan kan mobilisering bidra til økt livskvalitet hos pasienter som har gjennomgått et multitraume med amputasjon av underekstremiteter som utfall?

Metode:

Litteraturstudie

Drøfting:

I drøftingsdelen vil det bli tatt utgangspunkt i mobilisering sin rolle i rehabiliteringsprosessen opp mot motivasjon og livskvalitet. Vi vil også ta for oss sykepleier sin rolle i rehabiliteringsprosessen.

Konklusjon:

Mobilisering burde være det primære målet for rehabilitering. Mobilisering er ikke et ensformig resultat av en enkelt faktor, men mobilisering fremkommer av sammensatte faktorer for å kunne gi best utfall for pasienten. Litteraturstudiet har vist at det foreligger en korrelasjon mellom hvordan mobilisering kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter som har gjennomgått et multitraume med amputasjon av underekstremiteter som utfall. Det er likevel et område som krever mer forskning for å kunne optimalisere rehabiliteringen.

Abstract

Title:

Life after traumatic injury- how can mobilisation affect quality of life?

Title of thesis:

How can mobilisation contribute to increased quality of life in patients who have gone through a traumatic lower limb loss?

Method

Literature review study

Discussion

In the discussion section it will be focused on the role of mobilisation in the rehabilitation process, and how it affects motivation and quality of life for the patients. We will also consider the role of the nurse in the rehabilitation process.

Conclusion:

Mobilisation should be the primary goal for rehabilitation. Mobilisation is not a monotonous result of a single factor, but mobilization emerges from complex factors to provide the best outcome for patients. The literature study has shown that it is a correlation between how mobilisation can help patients with regaining quality of life for patients with amputation of lower limb. Furthermore the study concludes with the need for more research on the field to optimize rehabilitation for these patients.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Begrunnelse på valg av problemstilling	6
1.2 Formulering av problemstilling	7
1.3 Avgrensning og presisering	7
2.0 Metode	9
2.1 Kvantitativ og kvalitativ metode	9
2.2 Litteraturstudie som metode	9
2.3 Litteratursøk	10
2.3.1 Artikkel 1	10
2.3.2 Artikkel 2	12
2.3.3 Artikkel 3	14
2.3.4 Artikkel 4	16
2.3.5 Artikkel 5	17
2.3.6 Artikkel 6	19
2.4 Kritisk refleksjon av metode	20
2.4.1 Kildekritikk	21
2.5 Etske overveielser	21
3.0 Teori	23
3.1 Multitraume	23
3.1.1 Amputasjon	23
3.1.2 Protese	24
3.2 Rehabiliteringsprosessen	24
3.2.1 Mobilisering	25
3.3 Mestring	26
3.3.1 Motivasjon	26
3.3.2 Empowerment	28
3.3.3 Håp	28
3.4 Livskvalitet	29
3.5 Dorotea Orem	30

4.0 Drøfting	32
4.1 Motivasjonens betydning for mobilisering	32
4.2 Mobilisering og livskvalitet	34
4.3 Sykepleierens rolle i rehabiliteringsprosessen	36
5.0 Konklusjon	39
6.0 Litteraturliste	41
7.0 Vedlegg	45

1.0 Innledning

I 2018 ble det registrert totalt 7910 pasienter som hadde gjennomgått et traume. (Nasjonalt traumeregister, 2018, s.7). For mange som overlever en alvorlig ulykke vil dette resultere i varig tap av funksjon og redusert livskvalitet (Nasjonalt traumeregister, 2018, s.12).

Behandlingsforløpet er komplekst ved håndtering av alvorlige skadde pasienter, fra førstehjelp til avsluttet behandling og rehabilitering (Nasjonalt traumeregister, 2018, s.12). Av alle pasienter som gjennomgår et multitraume vil det for 10% være nødvendig med amputasjon som følge av de alvorlige skadene (Norges helseinformatikk, 2019).

Det har i senere tid blitt et økt fokus på funksjonsutfall etter multitraume, der søkelyset har i betydelig grad blitt rettet mot livskvalitet for å fastslå utfallet for pasientene (Sinha, Van Den Heuvel & Arokiasamy, 2010).

Forskning viser til at livskvaliteten til pasienter som har gjennomført amputasjon kan henge sammen med mobiliseringsevne, og dersom pasienten ikke klarer å gjenvinne sin selvstendighet kan dette ha en negativ innvirkning på livskvaliteten (Asano, Rushton, Miller, & Deathe, 2008; Wurderman, Stevens & Campell, 2017 ; Zidarov, Swaine, Gauthier-Gagnon, 2009). Forholdet mellom mobilisering og livskvalitet belyser viktigheten av å optimalisere og tilrettelegge for mobilisering hos pasienter med amputasjon av underekstremiteter (Wurderman et al., 2017).

1.1. Begrunnelse for valg av problemstilling

I løpet av studietiden oppsto det en økt interesse for rehabiliteringsfeltet, som har bidratt til at vi skriver om følgende tema. Vi ser at sykepleierutdanningen viser lite oppmerksomhet mot sykepleieren sin funksjon i rehabilitering. Mange pasienter har eller vil få et behov for rehabilitering der det er viktig at sykepleier stiller med tilstrekkelige fagkunnskaper i feltet (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s.27). Vi ønsker med denne oppgaven å rette et økt fokus på hvorfor rehabilitering er viktig for sykepleieren. God rehabilitering kan være avgjørende for å sikre at pasienter blir deltakende i samfunnet igjen (Long, Kneafsey, Ryan & Berry, 2002). Vi ser derfor at det kreves en økt vektlegging på rehabiliteringssykepleie med fagkompetanse i bakgrunn (Long, Kneafsey, Ryan & Berry, 2002).

Rehabilitering omfatter helhetlig sykepleie der vi som pleiere har mulighet til å følge pasient fra nyoppstått skade i tidlig rehabilitering, til å kunne klare seg selv i hverdagen og utføre oppgaver selvstendig (Romsland et al., 2015, s.27). Aspekter som selvstendighet, motivasjon og livskvalitet oppfatter vi som en viktig del av prosessen, der vi tar for oss de nevnte feltene i vår oppgave.

Det er spesielt en pasientsituasjon fra vår bachelor praksis på Sunnaas sykehus vi husker godt som har bidratt til formuleringen av oppgaven vår. Situasjonen omhandler en kvinne som har amputert både under og overekstremiteter som følge av alvorlig skade. I starten av rehabiliteringsoppholdet hadde pasienten behov for omfattende hjelp, og var hjelpetrengende i de fleste oppgaver. Utover oppholdet utviklet kvinnen seg til å bli mer selvstendig i mobilisering. Hun fortalte også at hun utviklet gradvis mer mestringsfølelse og økende livskvalitet. I løpet av praksisperioden fikk vi oppleve hvordan mobilisering og motivasjon påvirket hennes livskvalitet betydelig.

Basert på observasjonene våre i følgende praksis ser vi at det foreligger et manglende fokus på rehabilitering i sykepleierutdanningen. Vi har derfor ønsket å fordype oss i hvorvidt sykepleieren kan bidra til å styrke pasientens mestring og motivasjon mot å kunne være selvstendig i mobiliseringssituasjoner i rehabilitering. Dette vekket interessen hos oss, og gjorde at vi har formulert følgende problemstilling.

1.2 Formulering av problemstilling

Hvordan kan mobilisering bidra til økt livskvalitet hos pasienter som har gjennomgått et multitraume med amputasjon av underekstremiteter som utfall

1.3 Avgrensning og presisering

Vi har valgt å bruke betegnelsen *pasient* om de personene som har gjennomgått et multitraume i vår oppgave. Grunnen til dette er at i studiene omtaler forfatterne individene som pasient og individene selv omtaler seg som pasienter.

Vi ønsker å ta for oss alle aldersgrupper og kjønn, da livskvalitet kan relateres til de fleste grupper i samfunnet. Videre har vi valgt å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter som har gjennomgått amputasjon av underekstremiteter, da det er dette som påvirker mobilisering

og funksjonsevne i størst grad. Vi har også valgt å avgrense søkene våre til artikler fra Vestlige land, som innebærer USA, Storbritannia, Canada, Danmark og Nederland.

For å avgrense oppgaven ytterligere har vi valgt å finne litteratur som omhandler pasienter som har gjennomgått et multitraume, dette fordi et traume kan omhandle både fysiske og psykiske skader, mens et multitraume er en ytre påvirkning som gir skade i to eller flere kroppsregioner (Romsland et al., 2015, s.17).

2.0 Metode

Vilhelm Auberts har definert metode som:

“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).

Metode er en fremgangsmåte vi bruker når vi ønsker å undersøke noe (Dalland 2017, s. 52). Metoden anvendes som et verktøy til bruk ved innsamling av data, det vil si den informasjonen som skal brukes til en oppgave (Dalland 2017, s. 52). Ved valg av metode, skal den mest egnede metoden for å belyse det aktuelle tema, spørsmål og problemstilling anvendes (Dalland 2017, s. 51). Det kreves ulike metoder for å få frem ny kunnskap, samt for å teste validiteten og reliabiliteten i eksisterende påstander. Det stilles krav til ærlighet og sannhet, men også å systematisere tanker når en skal være metodisk (Dalland 2017, s. 51)

2.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ og kvalitativ metode vil bidra på hver sin måte for å gi en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, samt samhandling og handling mellom enkeltmennesker, grupper og institusjoner. (Dalland 2017, s. 52).

Kvantitative metoder går i bredden av et tema, samt tar sikte på å forme dataene til en målbar enhet (Dalland 2017, s. 52). Kvalitative metoder går mer i dybden på temaet, samt søker å dra sammenhenger, få frem det særegne og danne et helhetsperspektiv (Dalland 2017, s. 52). Kvalitativ metode tar sikte for å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2017, s. 52).

Opgaven vil belyse både kvantitative og kvalitative forskningsartikler for å kunne gi et større helhetsperspektiv.

2.2 Litteraturstudie som metode

I følge Olsson og Sørensen (2003) bruker litteraturstudier litteratur som informasjonskilder. Videre sier de at en bør bruke et tilstrekkelig antall med relevante vitenskapelige artikler, for å kunne belyse temaet i resultat- og drøftingsdelen, opp mot bakgrunns litteraturen (Olsson et al., 2003). Systematisk litteraturstudie inneholder et tydelig formulert spørsmål som blir

besvart systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning om emnet (Forsberg & Wengström, 2008). Vår bacheloroppgave er et systematisk litteraturstudie. Dette vil si at vi har formulert en problemstilling og skal hente frem, vurdere og analysere relevant forskningslitteratur for å belyse temaet vårt (Forsberg et al., 2008).

2.3 Litteratursøk

I våre søk for litteratur har vi benyttet databasene MEDLINE og Pubmed. Mobilisering ga søkeordet “Mobilisation” og livskvalitet ga søkeordet “Quality of life”, amputasjon av underekstremiteter ga søkeordet “Lower limb amputation” og multitraume ga søkeordet “traumatic injury”. Disse søkeordene ble benyttet til videre søkning og utvelgelse av relevante litteraturstudier. I oppgaven er PICO- skjemaet anvendt som hjelpemiddel for å organisere de utvalgte søkeordene. Databasene MEDLINE og Pubmed er blitt benyttet til å kombinere de engelske søkeordene som er utvalgt med OR og AND.

Videre i søkeprosessen antok vi at det ville foreligge god forskning på feltet. Vi hadde derimot vanskeligheter med å finne gode forskningsartikler som knyttet mobilisering opp mot mestring, motivasjon og livskvalitet. For å utvide søkene endret vi til søkeord som samsvarer med det vi ønsket å benytte. Ord vi har valgt å supplere med er “role of nursing” , “rehabilitation team”, “ multi professional team” og “life satisfaction”. Vi har videre valgt å kombinere søkeordene for å gi mer eksakte treff. PICO-metoden ble brukt for å begrense søket vårt mest mulig. Se vedlegg 1.

Vi har begrenset oss til å kun ta for oss engelskspråklig litteratur. Artikler som inngår i oppgaven er gjort tilgjengelig for oss studenter ved Høgskulen på Vestlandet campus Kronstad gjennom oria.

2.3.1 Artikkel 1

Formålet med artiklene og metoden var at det skulle komme tydelig frem og være relevant for problemstillingen. Videre var formålet at dataene skulle bli samlet inn på en slik måte at problemstillingen i oppgaven ble besvart. Til slutt skulle forskningsartiklene presentere tydelige resultater som ivaretok anonymitet. Et annet kriterium var at artikkelen skulle være publisert i godkjente tidsskrift og databaser, ettersom det stilles krav til innhold, form, samt godkjenning av eksperter innenfor fagfeltet (Dalland 2017).

Vi startet søkingen med å forsøke å finne forskning som kunne bekrefte at tidlig mobilisering ville påvirke livskvaliteten til pasienter som hadde gjennomgått amputasjon som følge av et multitraume. Vi har valgt å benytte databasen PUBMED via oria for å søke bredt etter artikler som omhandlet dette feltet. Vi benyttet søkeordene “*quality of life*” AND “*lower limb amputation*” AND “*mobility*”. Denne kombinasjonen ga 138. treff. Vi har valgt å avgrense dette søket videre til “*predictors of quality of life*” . Etter denne avgrensningen fikk vi 3 treff. Ut i fra disse treffene valgte vi følgende artikkel som vi tok med videre:

Forfatter	<i>Asano, M., Rushton, P., Miller, W.C., Deathe, B.A.,</i>
Tittel	Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation
Utgitt av	Prosthetics and Orthotics International.
Land	Vancouver, Canada
Årstall	2008
Hensikt	Hensikten med dette studiet var å identifisere faktorer som påvirket pasientens subjektive oppfattelse av livskvalitet, etter å ha gjennomgått amputasjon av underekstremiteter.
Metode	Forskerne har benyttet medical chart review og spørreundersøkelse som metode. Deltakerne bestod av 415 individer som hadde gjennomgått amputasjon av underekstremiteter som følge av vaskulær og ikke- vaskulær sykdom.
Resultat	Resultatene i artikkelen viser at det var syv signifikante faktorer (depresjon, mobilisering, sosial støtte, komorbiditet, protese problemer, alder og sosial deltakelse) som var forutsetninger for den enkeltes oppfattelse av livskvalitet.
Konklusjon	Det er flere modifierbare egenskaper som påvirker livskvaliteten til pasienter som har gjennomgått amputasjon av underekstremiteter . Disse

	<p>modifiserbare egenskapene inkluderte bla. deltakelse i dagliglivet og mobilisering. Dette funnet antyder viktigheten av å adressere enkeltpersoners affektive status for å gjenvinne eller opprettholde livskvaliteten. Andre spesifikke, terapeutiske intervensjoner bør også omfatte de psykososiale tilpasningene til tap av lemmer.</p>
Relevans	<p>Artikkelen har relevans for vår problemstilling fordi den identifiserer og diskuterer faktorer som påvirker livskvaliteten negativt, samt hvilke faktorer som er viktig for å bedre livskvaliteten. Funnene vi vil knytte til oppgaven er; viktigheten av god mobilisering, motivasjon og livskvalitet.</p>
Kritikk	<p>Kildekritikk knyttet til artikkelen er at det kun ble benyttet en engelskspråklig versjon av spørreundersøkelsen. Dette var en utfordring knyttet til det unge og heterogene utvalget, noe som kan true validiteten av funnene. Spesielt kan den blandede naturen av den ikke vaskulære gruppen være et problem som potensielt kan være en grunn til at amputasjons årsaken ikke var en prediktor for livskvalitet i den endelige regresjonsmodellen.</p>

2.3.2 Artikkel 1

I databasen PUBMED via Oria kombinerte vi søkeordene “lower limb amputation” AND “life quality” AND “mobility”. Denne kombinasjonen ga 140 treff. Vi valgte å avgrense dette søket videre til AND “life satisfaction”. Etter denne avgrensningen fikk vi 24 treff. Ut i fra disse treffene valgte vi følgende artikkel som vi har valgt å ta med videre:

Forfatter	<i>Wurderman, S.R., Stevens, P.M. og Campell J.H.</i>
Tittel	Mobility Analysis of Amputees (MAAT 1): Quality of life and satisfaction are strongly related to mobility for patients with a lower limb prosthesis
Utgitt av	Prosthetics and Orthotics International.
Land	Texas, USA
Årstall	2017
Hensikt	Hensikten med artikkelen er å bestemme forholdet mellom mobilitet hos pasienter med tap av underekstremiteter, og sammenhengen med tilfredshet og livskvalitet.
Metode	Forskeren har benyttet seg av retrospective chart review av the Prosthetic Limb Users spørreundersøkelse om mobilitet og Prosthesis Evaluation Questionnaire - Well Being subsection. Pearson korrelasjoner var brukt for å teste relasjonene. Deltakerne besto av data fra 509 pasienter som har protese i underekstremitetene.
Resultat	Resultatet av artikkelen er at mobilisering ble funnet å ha en positiv innvirkning på livskvaliteten, og den generelle tilfredsheten til de pasientene som var inkludert i forsøket. Resultatene fra denne studien understreker viktigheten av å gi god rehabilitering, som maksimerer pasienten sin funksjonelle mobilitet.
Konklusjon	Den funksjonelle mobiliteten er komprimert hos enkeltpersoner ved tap av underekstremiteter. Denne studien gir bevis på en sterk positiv sammenheng mellom mobilitet, livskvalitet og den generelle tilfredsheten. I helhetlig omsorg av en pasient med tap av underekstremiteter vil maksimal mobilisering korrelere med større livskvalitet og generell tilfredshet.
Relevans	Artikkelen har relevans for vår problemstilling fordi den identifiserer og diskuterer faktorer som hvordan mobilisering og funksjon kan påvirke

	livskvaliteten til pasienter. Funnene vi vil knytte til oppgaven er; Viktigheten av å optimalisere mobilisering og mobilisering sin påvirkning av livskvalitet og tilfredshet.
Kritikk	En styrke ved denne studien var den store populasjonen som ble studert. Det store utvalget i denne studien forsterker at funnene representerer en større andel av bestanden som bruker proteser i underekstremiteter. Imidlertid er det noen begrensninger. Spesifikt, ettersom det er en retrospektiv analyse som er blitt samlet inn ved flere institusjoner i forskjellige regioner over hele landet, kan resultatene overse kulturelle eller geografiske variasjoner relatert til mobilitet og livskvalitet som finnes lokalt i regioner. Det å ha flere institusjoner involvert i datainnsamlingen introduserer sjansen for feil. I tillegg inkluderte studien bare pasienter med delvis amputasjon av fot, noe som potensielt begrenser generaliserbarheten for disse individene. Det er også alternative måter å måle livskvalitet og generell tilfredshet, som kan være mer detaljert og informativt enn spørreskjemaet som er brukt i denne analysen.

2.3.3 Artikkel 3

I databasen MEDLINE via oria kombinerte vi søkeordene “role of nurse” AND “rehabilitation team”. Denne kombinasjonen ga 54 treff. Videre avgrenset vi søket til AND “professional”. Etter videre avgrensning fikk vi 21 treff. Ut fra disse treffene valgte vi følgende artikkel som vi ønsker å ta med videre;

Forfatter	<i>Long, A.F., Kneafsey, R., Ryan, J., Berry, J</i>
Tittel	The role of the nurse within the multi- professional rehabilitation team
Utgitt av	Blackwell science Ltd, Journal of Advanced Nursing.
Land	Saltford, Storbritannia
Årstall	2002

Hensikt	Hensikten med artikkelen er å identifisere sykepleierens bidrag i et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Kravet om at sykepleiere skal jobbe effektivt innenfor det tverrflerfaglige rehabiliteringsteamet blir stadig viktigere ettersom det bla. er forbedret overlevelse etter store traumer
Metode	Kvalitativ metode over to år ble anvendt i artikkelen. Deltakerne besto av 49 personer. Dette var pasienter, sykepleiere og tverrfaglige profesjoner.
Resultat	Resultatene viser at det var seks spesifikke roller for sykepleieren som ble identifisert; vurdering, koordinering og kommunikasjon, teknisk og fysisk omsorg, integrering og videreføring av terapi, emosjonell støtte og involvering av familien. Av spesiell betydning var etableringen av et støttende miljø for rehabiliteringen. Sentrale elementer i sykepleierens bidrag innenfor rehabiliteringen burde ta sikte på å styrke pasientens evne til å være selvstendig. Videre er det viktig at sykepleiere har en forståelse av prinsippene og de ulike fremgangsmåtene for rehabilitering.
Konklusjon	Sentrale elementer i sykepleierens bidrag innen rehabilitering bør ta sikte på å maksimere kundevalg for å styrke selvstendig liv i pasientens fremtidige miljø. For at sykepleieren skal kunne utøve god sykepleie er det avgjørende at sykepleieren har god forståelse av prinsippene og modellene for rehabilitering.
Relevans	Artikkelen har relevans for vår problemstilling fordi den identifiserer og diskuterer sykepleierens rolle i et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Funnene vi vil knytte til oppgaven er: viktigheten av motivasjon og sykepleierens rolle i rehabilitering.
Kritikk	Kildekritikk til artikkelen er at studien er basert på feltarbeid som sammenligner pasientsituasjoner i en region i England, noe som kan ansees å begrense funnenes autenticitet, generaliserbarhet og troverdighet.

2.3.4 Artikkel 4

I databasen MEDLINE via oria kombinerte vi søkeordene “Quality of life” AND “lower limb amputation” AND “Rehabilitation”. Denne kombinasjonen ga 134 treff. Videre avgrenset vi søket AND “Follow up”. Dette ga oss 28 treff. Ut i fra disse treffene valgte vi følgende artikkel som vi ønsket å ta med videre;

Forfatter	<i>Zidarov, B., Swaine, B., Gauthier-Gagnon, C.</i>
Tittel	Quality of life of persons with lower- limb amputation during rehabilitation and at 3- month follow up
Utgitt av	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.
Land	Montreal, QC, Canada.
Årstall	2009
Hensikt	Hensikten med studien er å beskrive og sammenligne livskvaliteten til pasienter som har gjennomgått amputasjon av underekstremiteter ved innleggelse, utskrivning og tre måneder etter intensiv rehabilitering.
Metode	De har anvendt et tverrsnittstudie over en lengre periode. Deltakerne besto av 19 individer med amputasjon av underekstremiteter hvorav 14 av dem var menn.
Resultat	Resultatet viser at den subjektive livskvaliteten var relativt høy, med unntak av faktorer som var relatert til psykisk funksjon. Livskvaliteten viste ingen signifikant endring over tid men en viktig faktor som påvirket livskvaliteten var muligheten til å kunne gå ut, og det å være selvstendig i hverdagen. Livskvalitet knyttet til protesebruk og oppfølging rundt protesen scorer også høyt.

Konklusjon	Subjektiv livskvalitet hos pasienter med amputasjon av underekstremiteter er relativt høy de første 3 mnd. etter rehabilitering. Videre vil livskvalitet knyttet til protesebruk være en viktig faktor. Studiet konkluderer også med at det skal vektlegges en helhetlig rehabiliteringsprosess med fokus på tverrfaglig samarbeid.
Relevans	Artikkelen har relevans for vår problemstilling fordi den identifiserer, diskuterer og sammenligner livskvaliteten etter intensiv rehabilitering. Funnene vi vil knytte til oppgaven er; mobilisering, livskvalitet og rehabilitering.
Kritikk	Kritikk til artikkelen er at det var et lite utvalg, noe som gjorde at de derfor ikke var i stand til å oppdage signifikante forskjeller over tid for alle variablene. Alle pasientene var inneliggende på det samme rehabiliteringsinstitusjonen, og var kandidater for protese prøving. Derfor kan ikke resultatene generaliseres for den totale befolkningen av individer som har gjennomgått amputasjon av underekstremiteter, inkludert dem som aldri har fått proteser, de som har bilateral amputasjon, og de som har alvorlige kognitive lidelser.

2.3.5 Artikkel 5

I databasen MEDLINE via oria kombinerte vi søkeordene “Quality of life” AND “Mobility” AND “Amputation”. Denne kombinasjonen ga 333 treff. Videre avgrenset vi søket AND “lower limb amputees” dette ga 29 treff. Ut i fra disse treffene valgte vi følgende artikkel som vi ønsket å ta med videre.

Forfatter	<i>Sinha, R., Van Den Heuvel, W.J., Arokiasamy, P</i>
Tittel	Factors affecting quality of life in lower limb amputees
Utgitt av	Prosthetics and Orthotics International
Land	Maastricht, Nederland

Årstall	2010
Hensikt	Hensikten med studien var å identifisere viktige faktorer som påvirket livskvaliteten til pasienter som hadde gjennomgått amputasjon av underekstremiteter, samt sammenligne deres livskvalitet med den generelle befolkningen.
Metode	Det ble utført et tverrsnittstudie over en lengre periode. Deltakerne bestod av totalt 605 individer som hadde hatt amputasjoner i underekstremiteter, samt 184 deltakere som var sammenligningsgruppen.
Resultat	Resultatene viser at livskvaliteten var signifikant lavere for pasienter med amputasjon av underekstremiteter sammenlignet med resultatene fra representantene for den generelle befolkningen.
Konklusjon	Pasienter som har gjennomgått amputasjon av underekstremiteter rapporterte lavere livskvalitet sammenlignet med den generelle populasjonen. En viktig faktor er arbeidsledighet og bruk av hjelpemidler for å bestemme livskvalitet. Bruk av proteser, fantomsmerter og smerter i de gjenværende lemmer er også viktige faktorer som påvirker livskvaliteten. Disse faktorene burde settes fokus på under behandlingsfasen og rehabiliteringsprogram før, under og etter sykehusopphold. Dette for å sikre en holistisk reintegrering og deltakelse, samt for å sikre at pasienter med amputasjon gjenopptar og vedlikeholder livskvalitet. Videre er prospektive longitudinelle studier anbefalt for å systematisk studere endringer i livskvalitet over tid og for å bestemme de faktorer som er med å påvirke livskvaliteten.
Relevans	Artikkelen har relevans for vår problemstilling fordi den sammenligner livskvaliteten til pasienter med amputasjon av underekstremiteter og den generelle befolkningen samt ser på forskjellige faktorer som påvirker livskvaliteten negativt, deriblant mobilisering. Funnene vi vil knytte til oppgaven er; mobilisering og livskvalitet.
Kritikk	Kritikk til artikkelen er at siden populasjonen var hentet fra sekundærkilder er det sannsynlig at seleksjonsbias ikke kan bli utelukket. Rekruttering av pasienter fra en primærkilde, slik som f.eks. sykehus kunne ha gitt en mer

	omfattende pasient dekning. Bakgrunnen og amputasjons karakteristikken var selvrapportert av pasienten og hentet fra skriftlige undersøkelser, det er derfor ikke mulighet for å utelukke for recall bias og subjektivitet i rapporteringen.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.6 Artikkel 6

I databasen PUBMED via Oria kombinerte vi søkeordene “hope” AND “lower limb loss” AND “rehabilitation”. Denne kombinasjonen ga oss 8 treff. Vi valgte å ikke avgrense ytterligere da søket ga oss så få treff. Ut fra disse treffene har vi valgt følgende artikkel som vi har valgt å ta med videre:

Forfatter:	<i>Norlyk, A., Martinsen, B., Kjaer- Petersen, K.</i>
Tittel:	Living with clipped wings—Patients’ experience of losing a leg
Utgitt av:	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being
Land:	Aarhus, Danmark
Årstall:	2013
Hensikt	Studiet ser på faktorer som pasienter selv beskriver, der de har gjennomgått tap av underekstremitet og hvordan de opplever det etter utskrivelse fra sykehus. Studier ser videre på dybdeperspektivet fra pasientens perspektiv og de utfordringene som følger med det å leve med tap av underekstremitet. Studiet følger hvordan dagliglivet påvirkes og den første perioden i hjemmet.
Metode	Det ble utført en empirisk studie. Det ble hentet data fra 24 dybdeintervjuer med 12 danske pasienter. Intervjuene ble gjennomført 2-4 uker etter utskrivelse, og 3-4 måneder senere. Pasientene fikk skriftlig og muntlig

	informasjon om studiet og forfatterne har fulgt etiske retningslinjer for intervju.
Resultat	Funnene fra studiene viser at tap av underekstremitet og den begrensningen som gir redusert mobilitet, fører med seg en eksistensiell dimensjon som refererer til begrensinger i handlingsrom og tap av frihet som for mange pasienter oppleves som en ekskludering fra samfunnet. Funnene viser videre et komplementært behov for pleie og understreker viktigheten av økt bevissthet om det psykososiale og det eksistensielle tap av en underekstremitet.
Konklusjon	Denne studien illustrerer hvordan livskvaliteten til pasienter reduseres som en konsekvens av tap av mobilitet. Livet etter utskrivning er assosiert med en følelse av fortvilelse, samt en smertefull følelse av tap, men også med håp om å gjenvinne personlig uavhengighet. Konsekvensen av å miste et ben materialiseres gradvis ettersom pasienten innser hvordan tapet av mobilitet begrenser deres frihet.
Relevans	Studiet er av relevans for vår oppgave da det legger fokus på sykepleiers rolle i å fasilitere og tilrettelegge pasientens overgang til et annet liv. Implikasjonene for å utøve helsehjelp må inkludere en økt bevisstgjøring rundt de psykososiale og de eksistensielle behovene av det å miste en underekstremitet. Funnene vi vil knytte til oppgaven er; mobilisering og håp

2.4 Kritisk refleksjon av metode

“Ved å gjøre rede for hvordan du har samlet inn data til undersøkelsen, hvilke feilkilder som kan påvirke resultatet, gir du leseren mulighet til å vurdere påliteligheten av arbeidet ditt.” (Dalland 2017, s. 55).

Noen ulemper med bruk av litteraturstudie som metode kan være at litteraturen som blir valgt er subjektiv, der forskerne velger ut litteratur som de synes passer best. De velger gjerne litteratur som understøtter egne synspunkter eller hypoteser, eller velger kun norske artikler.

Videre kan litteraturen som studiet bygger på være basert på sekundærkilder, med forfatterens tolkninger av informasjon (Dalland 2017; Olsson 2006).

“Det finnes anerkjente vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav. Metodene skal gi troverdig kunnskap. Det betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt” (Dalland 2017, s. 40). Validitet vil si gyldigheten, altså i hvilke grad man kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke ut i fra resultatene av et studie eller forsøk (Dalland 2017, s. 40). Det er viktig at vi ser på validiteten til de forskjellige litteraturene vi anvender i vår bacheloroppgave. Reliabilitet eller pålitelighet er også et kriterium til forskningen. Dette handler om målingene som er gjort må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland 2017 s. 40). Det handler om i hvilke grad studiene som er gjort kan etterprøves eller stoles på (Dalland 2017, s. 55). Reliabilitet er et viktig hensyn vi må vektlegge når vi kritisk analyserer litteraturer vi skal anvende i vår oppgave (Dalland 2017, s. 55).

2.4.1 Kildekritikk

Kildekritikk benyttes som metode for å vurdere hvorvidt kildene som brukes er god. Ved søk anbefales det at forskning ikke skal være eldre enn 10 år (Dalland, 2017). Litteratur om hvordan livskvaliteten blir påvirket av amputasjon etter et multitraume finnes det lite av, og det fremkommer av søkene at det er et felt som krever mer forskning og teori. Vi har derfor benyttet oss av fire litteraturstudier som er over ti år gamle og vi anser disse som relevante da det finnes lite ny forskning på området. Vi har systematisk gjennomgått forskningslitteratur på feltet og gjort en grundig gjennomgang ved søk. Ved søk på forskning er det mange artikler og litteratur som er engelskspråklig, der artiklene har blitt tolket av undertegnede for å kunne benyttes i oppgaven. Ved å tolke og forstå artikler og litteratur selv foreligger det en økt risiko for feiltolkning. Vi har etter best evne forsøkt å forstå hva forfatterne av artiklene har formidlet, og benyttet oss av medisinsk ordbok der vi har vært usikker på ord og uttrykk.

Ved bruk av Orem som sykepleieteoretiker har vi hovedsakelig benyttet oss av sekundærlitteratur for å kunne anvende Orem sine teorier i oppgaven. Da Orem sin primærlitteratur er noe vanskelig å fremhente og å tolke, har sekundærlitteraturen vært behjelpelig ved å beskrive Orem sine teorier forenklet og kortfattet for økt forståelse. Dette har gjort at vi lettere kan anvende Orem som sykepleieteoretiker. Ved sekundærlitteratur må

det kritisk vurderes da forfatteren sin egen forståelse og vurdering av Orems teori kan fremkomme i litteraturen (Dalland 2017).

2.5 Etiske overveielser

“Etiske overveielser spiller en rolle i alle former for kvalitative studier, det vil si studier der man fokuserer på mening og innhold, mer enn bredde og omfang, som i kvantitative studier” (Etikkom, 2015).

Etiske overveielser benyttes for å kunne vurdere et systematisk litteraturstudie. Dette innebærer blant annet å referere til korrekte referanser, unngå plagiat og ved valg av artikler skal de være vurdert av en etisk komite der det er gjort etiske overveielser i forhold til kravene (Dalland 2007; Olsson & Sörensen 2006). I oppgaven har vi valgt å ta med seks artikler som er godkjent av en etisk komite. Det fremkommer i artikkelen hvilke etisk komite som har vurdert den.

3.0 Teori

3.1 Multitraume

En stor gruppe pasienter som sykepleiere møter er unge og voksne med funksjonssvikt etter skader. Dette innebærer for eksempel pasienter med skader i muskel- og skjelettsystemet eller nevrologiske skader med lammelser og amputasjoner etter ulykker (Romsland et al., 2015, s.17).

“Multitraume er en benevnelse for alvorlige skader i to eller flere kroppsregioner. Det kan være skader i bevegelsesapparatet eller indre organer som for eksempel lungene.

Multitraume i bevegelsesapparatet kan ofte medføre kompliserte brudd i bekken og ekstremiteter, og det kan være nødvendig med amputasjon” (Romsland et al., 2015, s.17).

For mange pasienter vil et multitraume føre til en endring i sin livssituasjon og helsetilstand, som krever rehabilitering som innebærer en omfattende prosess der mange helseprofesjoner bidrar til optimal behandling (Romsland et al., 2015, s.17). Hensikten med behandlingen vil være å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv (Romsland et al., 2015, s.17). Da multitraume er et komplekst tilfelle, vil amputasjon for noen være nødvendig (*Norges helseinformatikk, 2019*). Av pasientene som gjennomgår et multitraume vil 10% måtte amputere som følge av de alvorlige skadene (*Norges helseinformatikk, 2019*). I oppgaven vil det fokuseres på de 10% som har gjennomgått en amputasjon som følge av multitraume.

3.1.1 Amputasjon

Amputasjon er operativ fjerning av en del av et organ eller kroppsdel (Landsforeningen for amputerte - LFA, 2018). Dette er i noen tilfeller nødvendig når andre medisinske tiltak ikke fører frem (Landsforeningen for amputerte - LFA, 2018).

Amputasjon kan deles inn i ulike nivåer ut fra hvilke grad av traume som påfører skade på kroppen. Dersom amputasjonen skjer under kneet og nedover kalles det underbensamputasjon (Landsforeningen for amputerte - LFA, 2018). Hvis det amputeres over kneet, kalles det lårbensamputasjon (Landsforeningen for amputerte - LFA, 2018). Det er flere faktorer som avgjør hvorvidt omfanget av amputasjonen vil føre til en amputasjon under eller over kneet. Faktorer som ligger til grunn for amputasjon er deriblant hvor på kroppen skaden er. Andre faktorer er forhold som har med det ortopeditekniske og medisinske å gjøre, aktivitetsnivået

for den amputerte og at det må være mulig å tilpasse en protese som også fungerer for pasienten (Landsforeningen for amputerte - LFA, 2018).

3.1.2 Protese

“En protese erstatter det amputerte lemmet og kan fungere tilnærmet likt” (Landsforeningen for amputerte - LFA, 2018).

Hos pasienter som har gjennomgått en amputasjon, vil proteser fungere som en erstatning for den kroppsdelen som er rammet. Proteser vil fungere som et hjelpemiddel for å kunne opprettholde funksjon i størst mulig grad (Landsforeningen for amputerte - LFA, 2018).

3.2 Rehabiliteringsprosessen

Rehabilitering kjennetegnes av tjenester som brukes for å bedre funksjonsevnene og aktivitetsmuligheter for unge, voksne og eldre med funksjonsproblemer (Normann, 2003). Rehabilitering er en virksomhet som i hovedsak retter seg mot det enkelte individ (Normann, 2003). Ettersom det dreier seg om mennesker som i utgangspunktet er ulike, befinner seg i forskjellige situasjoner og har ulike mål for rehabiliteringen må bistanden bli forskjellig fra pasient til pasient (Normann, 2003). Dette bidrar til at rehabilitering er et vanskelig begrep å avgrense (Normann, 2003). Vi har likevel valgt å bruke følgende begrepsforklaring på rehabilitering;

“Rehabilitering er et begrep som brukes på mange områder, men i helsetjenesten brukes rehabilitering om innsatsen som gjøres i samarbeid med pasienten, for å styrke funksjonsevne etter sykdom eller skade” (Romsland et al., 2015, s.11).

Rehabilitering innebærer bla. opptrening etter bruddskader, men også det å mestre en ny tilværelse og å tilpasse seg et liv med nedsatt funksjon ved f.eks. lammelser, lungesykdom og amputasjoner (Romsland et al., 2015, s.11). Helsetjenestene bidrar til best mulig funksjon- og mestringssevne for dem som får rehabilitering, slik at de skal kunne delta i samfunnet (Romsland et al., 2015, s.11).

“Rehabiliteringsprosessen er basert på tverrfaglig samarbeid, (...)” (Romsland et al., 2015, s.12). Sykepleie utgjør en avgjørende del av pasientrehabiliteringen, og har en vesentlig funksjon i rehabiliteringsteamet. Sykepleiere skal bla. kunne støtte opp om mestrings og

empowerment og bidra til brukermedvirkning for den som lever med funksjonssvikten (Romsland et al., 2015, s.13).

3.2.1 Mobilisering

Vi har ved hjelp av medisinsk ordbok definert begrepet mobilisering. Mobilisering defineres som å “gjøre bevegelig” (Nylenna 2009, s.302). Mobilisering er en viktig del av rehabilitering som inngår som en viktig prosess i videre behandlingsforløp, og som vil være en aktiv del i oppgaven. Vi har benyttet oss av Lovdata sin definisjon på rehabilitering for et ytterligere perspektiv på hva rehabilitering innebærer. Rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasientens og brukers livssituasjon og mål. Rehabilitering 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 begrensinger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2018, §3).

Rehabiliteringen skal bidra til at pasient oppnår best mulig funksjonsnivå. Funksjonsevne innebærer både mentale, kroppslige og sosiale funksjoner som er endret på grunn av sykdom eller skade (Romsland et al., 2015, s.27). *“Vektleggingen av funksjonsevne utgjør på den ene siden en klart målrettet og instrumentell tilnærming i sykepleieutøvelsen. På den annen side er rehabiliteringssykepleie en virksomhet som ivaretar grunnleggende omsorg for personen i rehabilitering, og er dypt forankret i sykepleiefagets verdigrunnlag og teoretiske grunnlag”* (Romsland et al., 2015, s.27). Enten sykepleieren bidrar til funksjonsbedring, gir hjelp til å ivareta helserelevante behov eller støtte pasienten i å kunne mestre reaksjonene på skaden og de følgende funksjonsnedsettelsene, skal pasienten få sykepleierens kompetanse og omsorg på alle de områdene sykepleieren kan bidra (Romsland et al., 2015, s.27). Dette innebærer at sykepleieren må ha en dyp og grunnleggende kunnskap om området som er skadet, mobilisering, empowerment og motivasjon (Romsland et al., 2015, s.33).

Som sykepleier vil vi i størst grad jobbe med pasientens motivasjon til å kunne gjennomføre rehabiliteringsprosessen mot å bli selvstendig og det å mestre sin nye funksjonsstatus.

3.3 Mestring

I rehabiliteringssammenheng kobles mestring tett opp med begrepene håp og motivasjon. Begrepene er ikke entydige, og hva som utøves i praksis kan være ulikt avhengig av pleier sin forståelse av begrepene (Normann, 2003, s.53). Vi har benyttet Vifladt og Hopen sin begrepsforklaring på mestring, og vil gå inn på de andre begrepene senere i kapittelet.

«Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre» (Vifladt & Hopen, 2004, s.61)

Renolen definerer mestring som individets evne til å håndtere livshendelser og de påkjenninger som overstiger hverdagslige utfordringer (Renolen, 2015, s.166). Det eksisterer ikke en enhetlig definisjon av begrepet mestring, men mestring kan være summen av handlingsorientert og intrapsykiske forsøk på å tolerere, beherske og redusere de indre eller ytre belastninger som en pasient er utsatt for (Lazarus & Folkman, 1984 s. 89). Videre kan det være et forsøk på å unngå eller redusere negative følger av en slik påkjenning (Lazarus et al., 1984 s. 90).

Mennesker reagerer ulikt på hendelser i livet, deriblant fysiske traumer. Å mestre rettes mot kognitive, affektive og atferdsmessige prosesser der følgende områder har en sterk korrelasjon (Eide, 2013, s.172). I en mestringsprosess innebærer det å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen. Å forholde seg hensiktsmessig avhenger av flere ulike faktorer, eksempelvis selve situasjonen og pasientens psykiske og fysiske forutsetninger (Eide, 2013, s.173).

Da mestring er et vidt begrep ønsker vi hovedsakelig å fokusere på motivasjon som en faktor for å fremme mestring.

3.3.1 Motivasjon

“Motivasjonsarbeid er blants sykepleierens viktigste oppgaver” (Romsland et al., 2015 s.34). Motivasjon er en prosess som styrer atferd mot et bestemt mål, og innebærer de faktorer som styrer atferden til mennesker og dyr der kraften i motivasjonen fører til handlinger (Holt, 2015, s. 446). Motivasjon er et vidt begrep, og det er mange teorier og mekanismer som skiller hvilke retning motivasjon skal peke mot.

Det er vanlig å skille mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon kan forstås som aktivitet som utføres for å oppnå indre tilfredsstillelse, der pasienten utfører en aktivitet som belønning i seg selv (Deci & Ryan, 2002). Indre motivasjon er en motivasjon som kommer naturlig, mens ytre motivasjon derimot baserer seg på motivasjon hvor drivkraften for å oppnå belønning kommer utenfra og fører til handling (Deci et al, 2002). Ytre motivasjon er styrt fra utsiden, der handlinger utføres for å oppnå belønning (Deci et al, 2002).

Indre og ytre motivasjon har en nær relasjon til hverandre, der indre motivasjon i mange tilfeller vil være et resultat av ytre motivasjon. (Wormnes, 2005). Ytre motivasjon kan opphøre dersom gleden i belønningen ikke lenger er tilfredsstillende eller oppnåelig (Wormnes, 2005). Personer som er indre motivert vil resultere i at evnen til selvbestemmelse og evnen til å ta egne valg blir fylt (Wormnes, 2005). Indre motivasjon kan nært relateres til selvsikkerhet, tilfredsstillelse og glede (Deci et al., 2002), som er viktig for en god rehabiliteringsprosess. Der ytre motivasjon vil være viktig i starten av rehabiliteringen, vil pasienten etter å ha tilegnet seg mer kompetanse om sin situasjon, rette sin motivasjon mot indre motivasjon (Olesen, 2010). Oppgavene for å nå sine mål vil være mer belønnende enn selve målet. Dersom pasienten ikke er motivert, vil det si at pasienten ikke ser på rehabiliteringsprosessen som relevant og kan oppleve den som meningsløs (Olesen, 2010).

Det eksisterer flere teorier om motivasjon der noen utfyller hverandre og noen utelukker hverandre. Felles for motivasjonsteoriene er at de ønsker å forklare faktorer som driver mennesker til å utføre handlinger. Abraham Maslow sin motivasjonsteori tar for seg en behovsteori der han fremstiller i sin modell en behovspyramide med menneskers antatte behov (Ekeland, 2012). Biologiske behov danner grunnmuren for pyramiden, og selvrealisering utgjør toppen (Ekeland, 2012). Teorien omhandler en tilfredsstillelse av de nederste behovene som biologiske behov, der de må være tilfredsstilt før høyere overskuddsbehov kan realiseres (Ekeland, 2012). Motivasjon kan knyttes nært opp mot selvrealisering, der pasienter tar i bruk de beste forutsetningene sine for å realisere den beste utgaven av seg selv. Maslow presiserer videre at en vil ikke søke behovet for selvrealisering før grunnmuren er fylt opp (Ekeland, 2012).

3.3.2 Empowerment

Empowerment er et sentralt begrep som brukes vidt i rehabiliteringsprosessen. Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som *“en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse”* (WHO, 1998). Definisjonen viser til prosesser på ulike nivåer; individ, gruppe og samfunn. For å beskrive empowerment brukes ofte begrepene myndiggjøring eller egenkraftmobilisering (Romsland et al., 2015, s.149). Et mål for sykepleieren for å kunne oppnå empowerment hos pasienten, innebærer at sykepleier må fremme pasientens mulighet til å kunne selv ta avgjørelser om eget liv (Romsland et al., 2015, s.152).

Empowerment kan forstås på ulike måter. Empowerment som en ren prosess innebærer at pasientens selvbevissthet og personlige ansvar fremmes, der pasienten blir bevisst på sine ressurser og er stolt av å kunne bruke kreftene til å ta tilbake sin selvstendighet til å styre sitt eget liv (Romsland et al., 2015, s.152). Sykepleieren som jobber med rehabilitering støtter pasientens egen vilje og makt til å kunne ta selvstendige avgjørelser som gjelder individuelle ønsker og håp for livet. Prosessen omhandler ulike nivåer som innebærer utvikling av selvtillit, gruppebevissthet, reduksjon av selvbebreidelse og økning av egen kompetanse (Romsland et al., 2015, s.152). Empowerment som metode innebærer at sykepleieren tar i bruk pasientens ressurser, der pasient og sykepleier stiller som to likeverdige parter når det kommer til å ta avgjørelser om pasientens problemer (Romsland et al., 2015, s.152). Begge har kunnskap om situasjonen, men med forskjellig bakgrunn. Empowerment som metode bygger på en ressursorientert tilnærming der begge parter deltar likt for å kunne styrke pasientens rehabiliteringsprosess (Romsland et al., 2015, s.152).

3.3.3 Håp

Håp er sentralt for å kunne utføre motivasjonsarbeid rundt rehabiliteringsprosessen. Uten håp vil forutsetningene for å kunne gjennomføre tilstrekkelig og riktig rehabilitering være dårlig (Romsland et al., 2015, s.187).

Romsland beskriver håp som en psykologisk faktor som bidrar til bedring og som er grunnlaget for motivasjon i rehabilitering (Romsland et al., 2015, s.187). Håp handler om at fremtiden kan inneholde noe som enkeltindividet opplever som meningsfylt, og ikke nødvendigvis om forventinger rundt et problem som skal løses (Eide 2011, s. 56). Følgende

fem faktorer fremmer håp i pasient sammenheng; gode opplevelser, mål, kontroll, nærvær og kommunikasjon (Lorentsen, 2009). Der pasienten ikke har håp, vil opplevelsen av håpløshet og redusert motivasjon virke som en negativ faktor på rehabiliteringsprosessen (Asano et al., 2008).

3.4 Livskvalitet

Det eksisterer flere ulike definisjoner på livskvalitet. En av de mest kjente er Næss' sin definisjon av livskvalitet:

“En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede” (Romsland et al., 2015, s.135).

Det er viktig at sykepleieren støtter pasientens livsstrategier og livsvalg. Det er verdiene som er viktig for pasienten som avgjør hvordan individet skal leve livet sitt (Romsland et al., 2015, s.134).”

Det er brukerens verdier som danner grunnlaget for hva som oppleves som et verdig liv for den enkelte” (Romsland et al., 2015, s.134).

Sykepleieren må tilstrebe å imøtekomme pasientens valg av livsstrategier samt bidra til at individet opplever livet som verdt å leve, også med endrede livsbetingelser. Denne prosessen gjør det sentralt å mobilisere individets egne krefter, kunnskaper og vilje (Romsland et al., 2015 s.135). Det å kunne være selvstendig og ha kontroll over eget liv er en betingelse for opplevelsen av mestring samt grunnleggende for opplevelsen av livskvaliteten (Romsland et al., 2015, s.189).

Store endringer i livssituasjonen som oppstår etter en amputasjon og/eller funksjonsnedsettelse vil kunne virke negativt for livskvaliteten, i denne prosessen vil sykepleier være opptatt av at det skal oppleves så normalt som mulig med de funksjonsnedsettelsene individet har ervervet. Hva som oppleves som normalitet når det gjelder livssituasjonen vil innebære opplevelsen av å være selvstendig og ha kontroll over eget liv (Romsland et al., 2015, s.189)

Livskvalitet er altså en betegnelse på velferd eller det å ha et godt liv. Hvilke faktorer som spiller inn på individets oppfattelse av sin livskvalitet vil være individuelt. I oppgaven er livskvalitet et svært relevant begrep, der vi har valgt å definere livskvalitet som pasientens evne til å være selvstendig og mestre sitt funksjonstap.

3.5 Dorothea Orem

Orems modell består av tre teorier som rent logisk bygger på hverandre; teorien om egenomsorg, teorien om omsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemene. Orems mest kjente bidrag til sykepleien er begrepet egenomsorg (Cavanagh 1999. s.11).

“Egenomsorg kan enklest defineres som individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve. Orem lar førsteleddet “egen” stå for hele individet, det vil si ikke bare de fysiske, men også de psykiske og åndelige behov, og “omsorg” som den helheten aktiviteter som individet igangsetter for å opprettholde livet og for å utvikle seg normalt” (Cavanagh 1999. s.17).

Teorien er hensiktsmessig i forhold til rehabilitering ettersom den hjelper med å se hvordan en funksjonssvikt kan føre til manglende evne til å utøve egenomsorg og hvordan egenomsorg er et svar på ytre og indre krav til helse og velbefinnende (Romsland et al., 2015, s. 263). Disse kravene blir omtalt som egenomsorgsbehov (Romsland et al., 2015, s.263). Videre kan begrepet om sykepleiesystemer hjelpe med å forstå hvordan det kan ytes omsorgsfull sykepleie som samtidig bidrar til økt mestring og fremgang i rehabiliteringsprosessen (Romsland et al., 2015, s.263).

«Orem beskriver egenomsorgsbehovene som åtte områder som utgjør universelle behov for egenomsorg. Disse områdene består av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter som må mestres for å oppnå generell egenomsorg, og de virker i et samspill» (Romsland et al., 2015, s.263).

Hovedpremisset bak de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene er at den enkelte søker råd og assistanse fra andre som er kompetente til å gi dette når vedkommende ikke er i stand til å ta seg av sin egenomsorg som følge av endringer i helsetilstanden (Cavanagh 1999. s.24).

“Nye eller kroniske helseproblemer, eller emosjonelle traumer, kan føre til at en må sette i verk nye tiltak for å sørge for seg selv, eller søke assistanse hos andre. Evnen til å oppfylle krav til egenomsorgsaktiviteter vil variere fra individ til individ” (Cavanagh 1999. s. 25)

Sykepleierens rolle i omsorgen består i å kompensere for pasienten sin egenomsorgssvikt og hjelpe å møte de universelle egenomsorgsbehovene (Cavanagh 1999. s. 61). Sykepleier skal gi støtte og beskyttelse mens eksisterende evner videreutvikles og nye utvikles så langt det er mulig (Cavanagh 1999. s. 61). Videre skal sykepleier aktivt bidra for å hjelpe pasient til i retning av å kunne delta mer aktivt og avgjørende i egenomsorgen (Cavanagh 1999. s. 61)

4.0 Drøfting

Under følgende kapittel vil det bli drøftet aktuelle tema og problemområder som har kommet frem i oppgaven. Funnene fra artiklene vi har valgt vil diskuteres opp mot teori og i lys av problemstillingen. Drøftingen vil ta utgangspunkt i mobilisering sin rolle i rehabiliteringsprosessen opp mot motivasjon og livskvalitet. Vi vil også ta for oss sykepleier sin rolle i rehabiliteringsprosessen.

4.1 Motivasjonens betydning for mobilisering

“Motivasjonsarbeid er blants sykepleierens viktigste oppgaver” (Romsland et al., 2015 s.34), og er et sentralt begrep i rehabiliteringsprosessen. Derunder er håp av stor betydning for mange pasienter (Romsland et al., 2015. s. 129). Å uttrykke håp viser et ønske om å leve og er en grunnleggende faktor for motivasjonen. Avgjørende i rehabiliteringen vil derfor være håp (Romsland et al., 2015. s. 129). Pasientens subjektive opplevelse av håp har stor betydning for selve rehabiliteringsprosessen (Norlyk, Martinsen & Kjaer-Petersen, 2013). Faktorer som er assosiert med fortvilelse og følelsen av tap står sterkt, men også håpet om å kunne gjenoppnå personlig uavhengighet som fører til økt livskvalitet (Norlyk et al., 2013). Som sykepleier i rehabiliteringen vil vi bidra til å gi et håp gjennom å gi struktur på hverdagen, under omstendigheter som kan for pasienten virke som usikre og flytende (Norlyk et al., 2013). Der treningen for mange pasienter vil være viktig vil fysioterapeutene spille en aktiv rolle, mens sykepleier vil styrke trening som et symbol på det å ikke ha gitt opp livet (Norlyk et al., 2013). For å være motivert var det viktig at pasienter opplever treningen som meningsfull og innsiktsfull (Norlyk et al., 2013).

I rehabiliteringsprosessen ligger hovedfokuset på funksjonell mobilisering. Det blir understreket viktigheten av at sykepleier ikke glemmer de psykososiale behovene, samt det å bidra til å tilpasse seg den nye hverdagen etter tap av underekstremiteter (Asano et al, 2008). Sykepleier sin fortolkende funksjon kan knyttes tett opp mot Maslows behovspyramide og det Maslow mener er grunnleggende for motivasjon - å dekke primærbehovene til mennesket. Da forutsetningene for å få dekket de grunnleggende behovene ikke alltid foreligger, vil noen stille seg kritisk til rangeringen (Tveiten, 2001, s.97). Vil en pasient som nylig har gjennomgått et multitraume med utfall som amputasjon, som uttrykker tristhet og er umotivert, nødvendigvis ønske å dekke de fysiske behovene først? Vil behovene for kjærlighet og tillit som befinner seg høyere opp på behovspyramiden stå sterkere hos

pasienten i begynnelsen av en rehabiliteringsfase? Når en pasient opplever et behov vil motivasjonen for å oppnå det styrkes i betydelig grad (Ekeland, 2012, s.72). Viktigheten av å identifisere hvilke behov pasienten har er derfor viktig for å arbeide mot å motivere pasienten til rehabilitering (Asano et al., 2008).

Når vi som sykepleiere møter pasienter med nedsatt motivasjon, er det essensielt at sykepleieren ikke tolker nedsatt initiativ fra pasienten sin side som mangelfull vilje til å kunne aktivt delta i sin rehabiliteringsprosess (Long et al., 2002). Istedenfor er det viktig at sykepleier ser muligheten for at motivasjonen ikke er tilstede (Long et al., 2002). Selv om pasienten ikke alltid evner å kunne være aktivt deltakende i mobilisering, har sykepleier en viktig funksjon med å kunne fremme deltagelse (Romsland et al., 2015, s. 129). Flere studier har vist at livskvaliteten til pasienter som har gjennomført amputasjon er relatert til en rekke kategoriske symptomer, deriblant utfordringer rundt mobilisering (Asano et al., 2008). Det vil derfor være viktig med et økt fokus på motivasjonsarbeid sammen med pasienten for å kunne fremme rehabiliteringsprosessen mot å bli selvstendig, mestre mobiliseringen og mestre sin nye funksjonsstatus (Romsland et al., 2015, s. 129). Pasienten skal få sykepleierens kompetanse og omsorg på alle de områdene sykepleieren kan bidra (Romsland et al., 2015, s.27). Dette innebærer at sykepleieren må ha en dyp og grunnleggende kunnskap om området som er skadet, mobilisering, empowerment og ikke minst motivasjon (Romsland et al., 2015, s.33). Videre vil det være viktig med aktiv involvering fra brukerens side med aktive handlinger og motivasjon til å selv aktivt delta i sin egen rehabiliteringsprosess (Romsland et al., 2015, s.129).

Orems egenomsorgsteori gir oss begrepet sykepleiesystemer som hjelper oss å forstå hvordan vi kan yte omsorgsfull sykepleie som samtidig bidrar til økt mestring og fremgang i rehabiliteringsprosessen (Romsland et al., 2015, s.163). Teorien omhandler fem hjelpemetoder som gir sykepleieren mulighet til å velge mellom ulike tilnærminger innenfor sykepleiesystemene. Disse fem hjelpemetodene innebærer å handle, veilede, støtte fysisk eller psykisk, bidra til utvikling og støttende miljø, og undervise. Å kunne velge riktig tilnærming er essensielt i rehabiliteringsarbeidet (Romsland et al., 2015, s.165). Denne teorien kan være til hjelp for både sykepleier og pasient ettersom den definerer hvilke roller de har overfor hverandre (Romsland et al., 2015, s.165). En avgjørende faktor for å skape et støttende miljø som fremmer rehabiliteringsprosessen, er at sykepleieren oppfylte emosjonell støtte samt bidro til at pasienten klarte å tilpasse seg og å håndtere den nye hverdagen (Long et al., 2002).

Emosjonell støtte, derunder motivasjon, var en av de viktigste faktorene sykepleieren kunne bidra med innenfor det tverrfaglige teamet (Long et al., 2002). Dette bygger under at motivasjonen er noen av de mest sentrale faktorene i rehabiliteringsprosessen (Romsland et al., 2015, s.129). Sykepleier skal gi støtte, beskyttelse og motivere mens pasient får den opptreningen som er nødvendig for å bedre funksjonen i tråd med sine egne mål. (Cavanagh, 1999, s. 61; Romsland et al., 2015, s.163). Videre skal sykepleier aktivt motivere og bidra for å hjelpe pasient i retning av å kunne delta mer aktivt og avgjørende i egenomsorgen (Cavanagh, 1999, s. 61).

4.2 Mobilisering og livskvalitet

Livskvalitet har de siste tiårene vært et viktig utfall for rehabiliteringsprogrammer for pasienter som har gjennomgått traumatiske skader med amputasjon, da de møter livsendringer og utfordringer (Asano et al., 2008). Mobilisering er ansett som et av de viktigste målene innen rehabilitering, men tilleggsfaktorer som påvirker pasientens funksjon og velvære som livskvalitet har stor betydning for utfallet av rehabiliteringen (Sinha et al, 2010). Livskvalitet blir stadig mer gjenkjent som et viktig utfall av rehabiliteringen (Sinha et al., 2010), der livskvaliteten påvirkes positivt etter en periode med intensiv rehabilitering (Zidarov et al., 2009).

Amputasjon av underekstremitetene regnes som en alvorlig endring i helse som kan ha negativ innvirkning på en pasient sin funksjonelle mobilitet (Wurderman et al., 2017). Fysisk mobilitet har en sterk korrelasjon til selvstendighet. Å ha problemer med å kunne bevege seg rundt i hjemmet, kan føre til at pasienten opplever det som et fengsel og som gir følelsen av at de er isolert og begrenset (Norlyk et al., 2013). Å gjenoppta funksjonell mobilitet etter amputasjon av underekstremitetene bør anses som et hovedmål i rehabiliteringsprosessen (Wurderman et al., 2017). I tillegg til å gjenoppta funksjonell mobilitet vil et annet viktig rehabiliteringsmål være å optimalisere pasientens livskvalitet og tilfredshet (Wurderman et al., 2017).

Rehabilitering vil deriblant innebære opptrening, det å mestre sin nye tilværelse, samt tilpasse seg et liv med mulig nedsatt funksjon (Romsland et al., 2015, s.11). Mobilisering vil være en stor del av rehabiliteringsprosessen. Gjennom mobilisering vil sykepleier være med på å bidra til økt livskvalitet og livsutfoldelse ved at pasienten blir mer selvstendig og får ivaretatt sine ressurser (Asano et al., 2008). Ved regelmessig og god mobilisering vil dette kunne bedre

funksjonen til pasienten, og ved at funksjonen styrkes vil også livskvaliteten kunne øke (Asano et al., 2008). Ved unnlattelse av å gjenvinne og opprettholde uavhengigheten etter amputasjon kan dette påvirke livskvaliteten negativt (Asano et al., 2008). Formålet med et av studiene var å se på sammenhengen mellom selvrapportert mobilitet, livskvalitet og tilfredshet hos pasienter med amputasjon av en underekstremitet (Wurderman et al., 2017). I resultatene fremkommer det at det foreligger en positiv korrelasjon mellom disse faktorene og mobilisering (Wurderman et al., 2017). Det signifikante forholdet mellom mobilisering og livskvalitet belyser viktigheten av å maksimalisere og tilrettelegge mobilisering hos pasienter med tap av underekstremitet, både for de umiddelbare funksjonelle fordelene men også for livskvalitet og tilfredshet (Wurderman et al., 2017). Ettersom følgende forskningsartikkel legger fokus på pasientens subjektive opplevelse av sammenhengen mellom livskvalitet og mobilisering, er dette med på å underbygge Asano sin forskning på at mobilisering har en stor påvirkning på livskvalitet.

Etter å ha gjennomgått et multitraume vil det for mange føre til endring i livssituasjon og helsetilstand (Romsland et al., 2015, s.17). Pasienter som har gjennomgått amputasjon av underekstremiteter hadde en tendens til å være mest utilfreds med deres funksjonelle mobilitet (Zidarov et al., 2009). Dette var en faktor som ble ansett som svært viktig for pasienter og deres opplevelse av livskvaliteten (Zidarov et al., 2009). Videre viste artikkelen at etter 3 måneder med rehabilitering var den subjektive opplevelsen av livskvalitet relativt høy, med unntak av faktorer som var relatert til den funksjonelle mobiliteten som hindret deltakelse i ønskelige aktiviteter (Zidarov et al., 2009). Studier illustrerer hvordan tap av mobilitet fører til en begrensning i deres livskvalitet på flere måter. Pasientens forhold til hvordan livskvalitet oppfattes ble forstyrret av tanker om å bli ekskludert fra livet (Norlyk et al., 2013). Til tross for en generell følelse av at ting er i orden ble det reduserte handlingsrommet og den begrensende friheten opplevd som et tap (Norlyk et al., 2013). Hensikten i rehabiliteringsprosessen vil være å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv (Romsland et al., 2015, s.17). Det å kunne være selvstendig og ha kontroll over eget liv er en betingelse for opplevelsen av mestring samt grunnleggende for opplevelsen av livskvaliteten (Romsland et al., 2015 s.189). Det fremkommer at mobilisering er en av de viktigste faktorene som påvirker livskvaliteten til pasienter som gjennomgår amputasjon av underekstremiteter (Asano et al., 2008). Dette tyder på at det er viktig for pasienten som har gjennomgått amputasjon og rehabilitering å oppnå uavhengighet for å oppleve en positiv påvirkning på livskvaliteten (Asano et al., 2008).

Pasienter som har gjennomgått amputasjon av underekstremiteter møter flere utfordringer som kan variere fra å lære seg å ta vare på protesen, til hvordan man går og hvordan man kan tilpasse hverdagen og håndtere tap av underekstremiteter (Asano et al., 2008). Bruk av proteser er vist å påvirke fysisk helse mer positivt i forhold til motivasjon og mestring som komponenter i mental helse for å bedre livskvaliteten (Sinha et al., 2010). Mens rehabilitering rettet mot protesebruk tradisjonelt har vektlagt å forbedre og maksimalisere mobilitet, har nyere rehabilitering et endret fokus på livskvalitet og generell tilfredshet hos pasienten samt de berørte (Wurderman et al., 2017). Studiet gir bevis på at mobilitet er positivt relatert til både livskvalitet og tilfredshet (Wurderman et al., 2017). En stor bekymring hos pasienter som har gjennomgått amputasjon av underekstremiteter var ofte relatert til mobilisering og protesebruk (Asano et al., 2008). Dette antyder at det er viktig for pasienter å føle at han/hun kan mobilisere seg trygt og uavhengig etter sin amputasjon (Asano et al., 2008). Unnlattelse av å gjenvinne og opprettholde full funksjon etter amputasjonen begrenser mobiliseringen, som igjen kan påvirke den enkeltes valg av aktiviteter (Asano et al., 2008). Ettersom det å ha god mobiliseringsevne og passende proteser kan gi pasienter mer fysisk uavhengighet og frihet var det enklere for pasientene å kunne delta i aktiviteter av hun/ hans valg (Asano et al., 2008). Dette var en faktor som i stor grad påvirket den individuelle oppfattelse av livskvalitet (Asano et al., 2008). Sykepleieren må bidra til at pasienten opplever livet som verdt å leve, også med endrede livsbetingelser (Romsland et al., 2015, s.135).

Viktigheten av pasientorientert rehabilitering blir belyst med fokus på faktorer som motivasjon, for å styrke pasientens opplevelse av å håndtere protesen og å leve med den for å styrke livskvaliteten (Sinha et al., 2010). Protesepasienter opplevde at protesen ga dem håp og at protesen kunne gi dem en mulighet til å forbedre livskvaliteten med å gjenoppta deres tidligere aktive liv. Protesen symboliserte for mange håpet om å kunne gå igjen, bli mer selvstendig i hverdagen og å vende tilbake til deres tidligere liv før tap av underekstremitet (Norlyk et al., 2013).

4.3 Sykepleier sin rolle i rehabiliteringsprosessen

God rehabilitering forutsetter god og relevant kunnskap, og ofte som bare besittes av fagpersoner med høy utdanning (Normann, 2003). Under rehabiliteringsprosessen er det rollen til det behandlende teamet sin oppgave å modifisere faktorer som kan bidra til å styrke pasientens livskvalitet og tilfredshet. Maksimering av mobilitet ser ut til å være en betydelig

vurdering av ansvaret som det behandelende teamet har (Wurderman et al., 2017). Sentrale elementer i sykepleierens bidrag innen rehabilitering skal ha som mål å maksimalisere pasientens valg og autonomi, samt muliggjøre selvstendighet eller optimal fungering i det miljøet pasienten tilhører i (Long et al., 2002).

En pasients rehabiliteringsprosess er basert på et samarbeid mellom fagpersoner, sektorer og etater (Romsland et al, 2015, s.80). Sykepleiere utgjør en avgjørende del av pasientrehabiliteringen, og har en vesentlig funksjon i rehabiliteringsteamet (Romsland et al, 2015, s.80). De inngår i tverrprofesjonell praksis der de samhandler med andre profesjoner (Romsland et al, 2015, s.80). Orems teori baserer seg på at pasienten utøver egenomsorg i dagliglivet for kunne fungere og leve, og at individet mestrer når det har ressurser til å møte dagliglivets krav til egenomsorg (Romsland et al, 2015, s.52). Det vil oppstå manglende mestring når kravene til egenomsorg blir for store på grunn av manglende indre eller ytre ressurser. Her kan sykepleier bidra enten med støttende sykepleie som informasjon, veiledning, motivasjon og empowerment, eller med kompensierende sykepleie der sykepleier bidrar på områder pasienten ikke selv klarer (Romsland et al., 2015, s.52). Det skal legges særskilt vekt på pasientens funksjonsevne som en viktig oppgave (Romsland et al., 2015, s.27). Noen sykepleiere kan ha mangel på forståelsen av hva rehabilitering omfatter og hvordan de kan bidra til å oppnå tilstrekkelig rehabilitering (Long et al., 2002). De kan se på rehabilitering som smalt når det gjelder tilbudet av terapi, som for mange mener at leveres av andre profesjoner som fysioterapeuter og ergoterapeuter (Long et al., 2002). For å kunne utøve god sykepleie til denne pasientgruppen er det et essensielt behov for at sykepleieren skal ha full forståelse av prinsippene som underbygger rehabilitering. Dette inkluderer de positive måtene disse prinsippene påvirker pasientens opplevelse av omsorg, og hvordan å implementere de i praksis (Long et al., 2002). Ved å utøve sykepleie til pasienter er det viktig å ikke ta vekk unødvendig mye ansvar fra pasienten (Olesen, 2010). Sykepleier skal i sin funksjon motivere og stille gjennomførbare krav, der pasienten selv velger hvorvidt det er ønskelig å utføre det eller ikke. Samtidig må sykepleier gjennomgående i rehabiliteringsprosessen vurdere behovet for kompensasjon der pasienten har manglende evner til å kunne være aktivt deltakende (Romsland et al., 2015, s.129).

En av sykepleieren sine hovedoppgaver vil være motivasjonsarbeid, og arbeide mot at pasient skal oppnå selvstendighet (Romsland et al., 2015, s.34). Her vil begrepet empowerment være sentralt. Empowerment omhandler å overføre noe makt til pasienten, dette beskrives som

individets kontroll og tro på seg selv (Romsland et al., 2015, s.151). Empowerment baserer seg på to viktige faktorer som sykepleier kan bidra med i prosessen. Faglig kompetanse og maktutøvelse. I rehabiliteringsprosessen er informasjon essensiell for pleier - pasient forholdet, der sykepleier stiller seg i en unik rolle med kunnskaper om pasientens ulike alternativer i forhold til sykdomsbilde, medikamentell behandling og behandlingsforløp. Målet med empowerment i forhold til rehabilitering vil være å kunne tilrettelegge for at pasient opplever kontroll over eget liv igjen (Tveiten, 2007). Ved at pasient gjenopptar kontroll kan sykepleier ved å gi tilstrekkelig og god informasjon gi pasienten opplevelse av å kunne medvirke i egen rehabiliteringsprosess (Tveiten, 2007).

Det å ha kontroll over eget liv og være selvstendig er en viktig faktor for opplevelsen av livskvalitet (Romsland et al., 2015, s.189). Som nevnt tidligere har studier vist en sammenheng mellom mobilitet og livskvalitet (Wurderman et al., 2017). Som sykepleiere vil et viktig fokus dermed ligge på å optimalisere den funksjonelle mobiliseringen for å kunne bidra til økt livskvalitet, ved at pasienten får mulighet til å bli mer selvstendig og dermed bedre kunne ivareta sine egne ressurser (Asano et al., 2008). Ved å optimalisere den funksjonelle mobiliseringen vil dette kunne bidra til å bedre funksjonen til pasienten, noe som kan ha en positiv effekt på livskvaliteten (Asano et al., 2008).

Som sykepleier vil sentrale oppgaver være å bidra til å styrke pasientens motivasjon, håp, livsmot og empowerment (Kristoffersen, et.al., 2016). Som sykepleier vil det hele tiden arbeides aktivt mot at pasient skal kunne bedre sin mobilisering. Dette kan bidra til mer selvstendighet og på denne måten kunne bedre pasientens evne til å ivareta sine egne ressurser, noe som kan ha en positiv innvirkning på livskvaliteten (Asano et al., 2008). Å utføre helhetlig sykepleie og dermed møte hele pasienten skal kunne påvirke den subjektive opplevelsen av livskvalitet positivt (Zidarov et al., 2009).

5.0 Konklusjon

Formålet med oppgaven har vært å belyse følgende problemstilling; *Hvordan kan mobilisering bidra til økt livskvalitet hos pasienter som har gjennomgått et multitraume med amputasjon av underekstremiteter som utfall?* For å besvare problemstillingen har vi drøftet mobilisering opp mot flere aspekter, som motivasjon, livskvalitet og sykepleier sin rolle i rehabiliteringsprosessen.

Håp og motivasjon er viktige drivkrefter i rehabilitering (Normann, 2003, s.53). Pasientens subjektive opplevelse av håp har stor betydning for selve rehabiliteringsprosessen (Norlyk et al., 2013). Sykepleier vil her være en stor ressurs for pasienten for å kunne motiveres til å være aktivt deltakende i sin egen rehabilitering (Norlyk et al., 2013). For å arbeide mot å motivere pasienten til rehabilitering vil det være viktig å identifisere hvilke behov pasienten har (Ekeland 2012, s.72). Vi ser at motivasjon kombinert med et rehabiliteringsteam og god kommunikasjon, vil styrke sjansene for en suksessfull rehabilitering (Romsland et al., 2015, s.129). Motivasjon som en faktor kan bidra til å styrke og fremme pasientens mobiliseringsevner. I lys av Orems teori fremkommer det at det er balansegangen mellom det å kunne anvende sine indre og ytre ressurser, samt krav til å kunne utøve god mobilisering, som danner grunnlaget for mestring av egenomsorg (Romsland et al., 2015, s. 63).

Å gjenoppta mobiliteten og å optimalisere livskvaliteten vil være et viktig rehabiliteringsmål etter amputasjon av underekstremiteter (Wurderman et al., 2017). Forskning har vist til at mobiliseringsevne har en stor innvirkning på den subjektive opplevelsen av livskvalitet. Mobilisering vil derfor være en stor del av rehabiliteringen, og gjennom god mobilisering vil pasienten bli mer selvstendig og få ivarett sine ressurser. Dette kan føre til økt opplevelse av livskvalitet (Asano et al., 2008).

Tverrfaglig samarbeid er viktig for en helhetlig tilnærming for å kunne behandle pasienten på en tilstrekkelig måte. Under rehabiliteringsprosessen er det rollen til det behandlende teamet sin oppgave å modifisere faktorer som kan bidra til å styrke pasientens livskvalitet og tilfredshet. Maksimalt utbytte av funksjonell mobilisering ser ut til å være en betydelig vurdering av ansvaret som teamet har (Wurderman et al., 2017). Dette innebærer at sykepleieren må kunne belyse flere ulike aspekter for å kunne utøve best mulig sykepleie som

bygges på fagkompetanse om rehabilitering, mobilisering, empowerment og motivasjon (Long et al., 2002).

Det fremkommer i et helhetlig perspektiv at mobilisering burde være det primære målet for rehabilitering (Wurderman et al., 2017). En viktig forutsetning for en god rehabiliteringsprosess er god mobilisering. Mobilisering er ikke et ensformig resultat av en enkelt faktor, men mobilisering fremkommer av sammensatte faktorer for å kunne gi best utfall for pasienten. Litteraturstudiet har vist at det foreligger en korrelasjon mellom hvordan mobilisering kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter som har gjennomgått et multitraume med amputasjon av underekstremiteter som utfall. Det er likevel et område som krever mer forskning for å kunne optimalisere rehabiliteringen.

6.0 Litteraturliste

Asano, M., Rushton, P., Miller, W.C., Deathe, B.A., (2008). *Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation*, Hentet fra:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1080/03093640802024955> (10/12/19)

DOI: <https://doi.org/10.1080/03093640802024955>

Cavanagh S.J. (1999), *Orems sykepleiemodell i praksis*, Universitetsforlaget

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Opplag 2019.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. New York: University of Rochester Press

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015), *Kvalitativ metode*, Hentet fra:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
(29.03.20)

Eide, H., Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. og Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, T-J., Iversersen, O., Nordhelle, G., Ohnstad, A. (2012). *Psykologi for sosial-og helsefagene*. 2.Utgave. Oslo: Cappelen Damm AS

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2018, §3, *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*, hentet fra:

<https://lovdata.no/pro/#document/SF/forskrift/2011-12-16-1256/%C2%A73> (06.11.19)

Gustin, L.W. (2016) *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget.

Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vlieg, M., Passer, M.W., Smith, R.E. (2015). *Psychology: The science of Mind and Behaviour*. McGraw- Hill Education - Europe.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., Grimsbø, G.H. (2016), *Bind 1; Grunnleggende sykepleie* (3. utgave). Gyldendal akademiske

Kristoffersen, N. J. (1995) *Generell sykepleie 2*; Kap 9: Andersen, I.D.: Sykepleieprosessen. Universitets forlag

Landsforeningen for amputerte, 2018, *Amputasjonen*, hentet fra:
<http://www.lfa.no/hovedmeny/amputert/om-amputasjonen> (10.12.19)

Landsforeningen for amputerte, 2018, *Proteser*, hentet fra:
<http://www.lfa.no/hovedmeny/amputert/proteser> (26.02.20)

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Long, A.F., Kneafsey, R., Ryan, J., Berry, J. (2002). *The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team*. Hentet fra:
<https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1046/j.1365-2648.2002.02059.x>
(19.03.20)

DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1046/j.1365-2648.2002.02059>

Lorentsen, V.B.(2003). *Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?* Sykepleien, 91 (21):38-41. doi:10.4220/sykepleiens.2003.0067 (10.12.19)

Meleis, A. I. (1997) *Theoretical nursing : development and progress*. Philadelphia: Lippincott.

Moen, A., Hellesø, R., Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.

Nasjonalt traumeregister (2018), Årsrapport, hentet fra:

https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/39_arsrapport_2019_nasjonalt_traumeregister.pdf (27.02.20)

Norges helseinformatikk (2019, 07.09), *Råd og vink til amputerte*. Hentet fra;

<https://nhi.no/sykdommer/muskelskjelett/diverse/amputasjon/> (10.12.19)

Norlyk, A., Martinsen, B., Kjaer- Petersen, K. (2013). *Living with clipped wings- Patients' experience of losing a leg*. Hentet fra:

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/qhw.v8i0.21891?needAccess=true> (04/02/20)

DOI: <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21891>

Normann, T., Sandvin, J.T., Thommesen, H. (2003). *Om rehabilitering, mot en helhetlig og felles forståelse*. Oslo; Kommuneforlaget AS

Norsk sykepleierforbund 2007, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*, hentet fra:

<https://www.nsf.no/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf> (08.11.19)

Nylenna, M. (2009), *Medisinsk ordbok* (7. utgave). Kunnskapsforlaget ANS.

Olsson, H. og Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Olesen, J. (2010). *Målsætnings- og motivationsarbejde indenfor rehabilitering – spesielt med fokus på apopleksi*. *Fysioterapeuten*, 77(10):2-6.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker*. (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget

Romsland, G.I., Dahl, B., Slettebø, Å. (2018). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sinha, R., Van Den Heuvel, W.J., Arokiasamy, P., (2010). *Factors affecting quality of life in lower limb amputees*, Hentet fra:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0309364610397087> (14/12/19)

DOI: <https://doi.org/10.1177/0309364610397087>

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker-: om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S.(2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vifladt, E. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring*. Oslo: NKLMS.

WHO (1998). *Health promotion glossary*. Genevë.

Wormnes, B., Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser* .Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Wurderman, S.R., Stevens, P.M. og Campell J.H. (2017). *Mobility Analysis of Amputees (MAAT 1): Quality of life and satisfaction are strongly related to mobility for patients with a lower limb prosthesis*. Hentet fra:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0309364617736089> (11/02/20)

DOI: <https://doi.org/10.1177/0309364617736089>

Zidarov, B., Swaine, B., Gauthier-Gagnon, C. (2009). *Quality of Life of Persons With Lower-Limb Amputation During Rehabilitation and at 3-Month Follow-Up*. Hentet fra:

<https://www-sciencedirect-com.galanga.hvl.no/science/article/pii/S000399930900077X?via%3Dihub> (11/02/20)

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.11.003>

7.0 Vedlegg

Problem/patient group	Intervention	Comparison	Outcome
Pasienter som har gjennomgått et multitraume der amputasjon av underekstremiteter er utfallet og hvorvidt mobilisering i en rehabiliteringsprosess påvirker pasientens livskvalitet	Kartlegge virkningen av mobilisering i forhold til livskvaliteten på denne pasientgruppen	Ingen sammenligning	Hvordan sykepleieren kan bidra til å optimalisere pasienten til mobilisering og hvordan det bidrar til å skape økt livskvalitet.