



Diakonhjemmet Høgskole

En pasients opplevelse av å bli rammet av alvorlig sykdom

Hvordan kan en sykepleier bidra til at pasienter med gjennomgått hjerneslag skal kunne mestre sin nye livssituasjon?

Kandidatnummer: 1038

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11SYKHEL

Antall ord: 10 998

Innlevering: 13.03.2014

Tenk deg at du våkner i din seng, ute av stand til å røre på noen deler av kroppen.

Armene ligger slappe og tunge som bly langs siden, og bena er ikke til å rikke.

Du har mistet talen, og hørselen er redusert til en dyp brumming.

Gjennom slørede øyne ser du ut på en fremmed verden der alt er dobbelt.

Du merker at du ikke har styring på dine kroppslige funksjoner, og du ligger som et vrak, ribbet for all verdighet.

Du ønsker å lukke øynene og gli tilbake i en barmhjertig søvn, bare for å oppdage at der møter du mareritt som er verre enn de du møter i det vi kaller virkeligheten.

Ikke engang bevisstløsheten kan legge et forsoningens slør over dine følelser.

(Løvhaug, 2010:13)

Sammendrag

Problemstilling:

Hvordan kan en sykepleier bidra til at pasienter med gjennomgått hjerneslag skal kunne mestre sin nye livssituasjon?

Metode:

I denne oppgaven benytter jeg meg av kvalitativ metode, ved bruk av tekstanalyse.

Funn:

Funnene viser at et hjerneslag kan oppleves dramatisk for pasienten. Den som rammes er i en krise preget av tap og sorg. Fremtiden er uforutsigbar og pasienten opplever frustrasjon og bekymring. Håpets betydning og det som fremmer håpet er viktig for pasienten, sammen med målrettet behandling.

Drøfting:

Problemstillingen drøftes med utgangspunkt i teori og funn.

Konklusjon:

Et hjerneslag vil skape ulike følelser og tanker hos pasientene. Sykepleier kan bidra til mestring ved å engasjere seg i den enkelte pasient og ta utgangspunkt i hva pasienten ser på som viktig for seg. Sykepleier må involvere seg i pasientens situasjon og bygge en relasjon som baseres på forståelse og respekt.

Innhold

1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.3 Avgrensning og presisering	7
1.4 Definisjon av begreper.....	7
1.5 Oppgavens disposisjon	8
2 Sykepleierens funksjoner	9
2.1 Relasjonsbygging.....	10
2.2 Benner og Wrubels syn på sykepleie.....	10
3 Hjerneslag	12
3.1 Rehabilitering ved hjerneslag	12
3.1.1 Tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringen	13
4 Stress og mestring.....	14
4.1 Motivasjon	15
4.2 Mål, håp og mening	16
4.3 Kildekritikk.....	17
5 Metode	18
5.1 Kvalitativ metode	18
5.2 Tekstanalyse	18
5.2.1 Innsamling av data	19
5.2.2 Analyse av datamateriale	20
5.2.3 Fordeler og ulemper ved bruk av metoden	21
5.3 Etikk.....	21

6 Funn	22
6.1 Det levende buret (2010) av Per Løvhaug.....	22
6.2 Presentasjon av funn.....	22
6.2.1 Hva var Pers følelsesreaksjoner og opplevelser da han ble rammet av hjerneslag? 22	
6.2.2 Hvilke utfordringer møtte Per i mestringsprosessen?	23
6.2.3 Hvordan opplevde Per pleien han fikk på sykehuset i tiden etter hjerneslaget?.....	24
6.2.4 Hvilke faktorer bidro til Pers opplevelse av håp?	25
7 Drøfting: Sykepleierens bidrag til en pasients mestring av hjerneslag	27
7.1 Behov for bearbeidelse	29
7.2 Behov for målrettet opptrening.....	32
8 Oppsummering	37
Litteraturliste	38
Vedlegg: Omslagstekst fra ”Det levende buret” av Per Løvhaug (2010)	42

1 Innledning

I følge Helsedirektoratet (2010) er det årlig ca. 15 000 mennesker i Norge som rammes av hjerneslag. Det er en av de hyppigste årsakene til død og funksjonshemming. Den enkelte som rammes, pårørende, helsetjenesten og samfunnet opplever store utfordringer i forbindelse med sykdommen. I dagens samfunn blir det stadig flere eldre, og antall hjerneslag kan øke med 50% de neste 20 årene. I tillegg til å ramme de pårørende, kan økningen av hjerneslag gå utover samfunnsøkonomien. Slagsykdommer i Norge har en årlig kostnad på omtrent 7-8 milliarder kroner. Med tanke på den anslåtte økningen av hjerneslag, kan dette føre til utfordringer for helsevesenet og samfunnet (Helsedirektoratet, 2010).

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Etter å ha erfart hjerneslag i min nærmeste familie, har jeg fått stor interesse for dette temaet. Gjennom praksisperiodene på sykepleieutdanningen har jeg møtt flere pasienter rammet av hjerneslag. Jeg har erfart den akutte fasen, rehabiliteringsperioden og det at mennesker må leve videre med ulike typer funksjonshemninger. Flere har fortalt at hjerneslaget var en ny vending i livene deres. Dette har stimulert nysgjerrigheten min til å finne ut av hvilke faktorer som er av betydning for den enkelte for å gjenvinne mest mulig funksjon og i tillegg mestre utfordringer. Jeg er imponert over menneskers vilje og styrke til å se fremover når livet plutselig tar en helomvending, men jeg tror det ligger flere forutsetninger til grunn for dette. Blant annet kan sykepleierens rolle i møte med pasienten være avgjørende.

Hvordan oppleves det å bli rammet av en akutt, alvorlig sykdom? Hva får den enkelte til å se fremover? Med kunnskap rundt disse spørsmålene har jeg som snart ferdigutdannet sykepleier mulighet til å yte god sykepleie i møte med den enkelte pasient rammet av hjerneslag. Jeg tror det vil være enklere å møte pasienter i denne situasjonen på en god måte, vise forståelse og hjelpe til i mestringen av den nye livssituasjonen. Mitt engasjement ligger i hvordan et menneske i en slik krise, klarer å se fremover og mestre overgangen til en ny hverdag.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette utarbeidet jeg følgende problemstilling:

Hvordan kan en sykepleier bidra til at pasienter med gjennomgått hjerneslag skal kunne mestre sin nye livssituasjon?

For å svare på problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i- og gjennomført en tekstanalyse av *Det levende buret* av Per Løvhaug. Dette presenteres nærmere i kapittel 6.

1.3 Avgrensning og presisering

Hjerneslag vil naturligvis utarte seg ulikt fra pasient til pasient, og deres erfaringer og opplevelser rundt sykdommen vil være individuell. Jeg har brukt *en* pasients opplevelse som utgangspunkt for å svare på problemstillingen. Grunnet oppgavens omfang har jeg ikke satt meg inn i flere pasienthistorier, selv om det kunne vært interessant å veie erfaringer og opplevelser mot hverandre. Gjennom oppgaven holder jeg meg til Per Løvhaug som pasient, forfatteren av selvbiografien. Han er kognitiv klar, noe jeg har forholdt meg til i oppgaven, da det ville vært en annen sykepleie til pasienter som ikke er kognitivt klare. Per er 70 år, og jeg har tatt utgangspunkt i at pasienten kan ha mange år igjen av livet. Det var bevisst at jeg valgte en selvbiografi der pasienten opplever hjerneslaget for første gang, for å få tak i tankene og følelsene rundt det å oppleve en slik krise uten tidligere erfaringer. Fokuset på den rammede er i den første tiden etter hjerneslaget. Jeg har ikke lagt vekt på medisinsk behandling. Gjennom oppgaven omtales pasienten som *han* og sykepleier som *hun* for mer språkmessig flyt.

1.4 Definisjon av begreper

Her defineres nødvendige begreper for forståelse av problemstillingen. Andre relevante begreper defineres underveis i oppgaven.

Hjerneslag er en ervervet, lokal hjerneskode grunnet oksygenmangel og celledød som følge av redusert blodtilstrømning til et område i hjernen (Kirkevold, 2008:407).

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 deg 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 og Hopen, 2004:51).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven gir en forståelse av å oppleve et hjerneslag basert på en pasients egen opplevelse, relevant forskning og faglitteratur. Kapittel 2, 3 og 4 gjennomgår teori og forskning som oppgaven bygger på. I kapittel 5 beskrives metoden jeg har anvendt og hvordan jeg har kommet frem til funnene som presenteres i kapittel 6. I kapittel 7 drøftes funnene opp mot relevant teori for å svare på problemstillingen. Oppgaven avsluttes med en oppsummering.

2 Sykepleierens funksjoner

Sykepleieren har en rehabiliterende funksjon der målet er at pasienten skal tilegne seg kunnskap og nye handlemåter som er nødvendig for å kompensere for sykdom og funksjonssvikt. Dette kan dreie seg om motivasjon og støtte, forebygging av komplikasjoner og tilrettelegging med hjelpemidler (Nortvedt og Grønseth, 2011:22). Sykepleieprosessen er en tilnærming for å kunne identifisere og løse sykepleierelevante problemer (Skaug og Andersen, 2005:192).



I første fase, *datasamling*, innhenter sykepleieren relevante opplysninger rundt pasienten og situasjonen. I neste fase, *identifisering av behov*, gjør hun synlig hva den uønskede situasjonen består av og hvilke behov pasienten har. I tredje fase settes det opp *mål* og det klargjøres for hva som er ønskelig og mulig å oppnå. Deretter finner sykepleieren *handlinger* som kan endre situasjonen, og i *evalueringfasen* vurderes det om handlingene fører mot det ønskede resultatet (Skaug og Andersen, 2005:192). Skaug og Andersen (2005:191) forteller at sykepleieprosessen omfatter problemløsning og samhandling. En forutsetning for god samhandling mot pasientens helsemål, er at sykepleier og pasient kjenner og respekterer hverandre. Videre skriver Skaug og Andersen (2005:191) at sykepleier har et ansvar om at hjelpen er av helsefremmende karakter. Forutsetninger for helsefremming er at hun møter

pasienten med en holdning der han føler omsorg, blir sett, forstått, akseptert, respektert, får følelse av trygghet, har tillit og opplever empati. For utøvelse av god sykepleie er det viktig at sykepleieren er opptatt av pasientens reaksjoner rundt hendelsen, konsekvensene og opplevelsene knyttet til skaden. Det vil ikke alltid være mulig for sykepleieren å bidra til og løse alle pasientens problemer. Målet kan være å redusere problemene eller hjelpe pasienten til å leve med de helseproblemene slik at han fremdeles holder på livsmotet og opplever livskvalitet (Skaug og Andersen, 2005:191-192).

2.1 Relasjonsbygging

I møtet med pasienten er evnen til å skape en god relasjon viktig. Det er av stor betydning for pleien og vil være avgjørende for behandlingsresultatet (Eide og Eide, 2007:140). Benner og Wrubel (1986) mener at en relasjon mellom sykepleier og pasient bygget på omsorg, skaper tillit slik at pasienten skal kunne motta sykepleierens hjelp og få følelse av omsorg (Konsmo, 1995:22). Det må bygges tillit, vises tålmodighet og forståelse i enhver situasjon (Eide og Eide, 2007:138). At sykepleier lytter, forstår pasienten og har evne til å skape god kontakt er avgjørende for motivasjonen (Eide og Eide, 2007:140). En god relasjon vil også være en viktig faktor for pasientens opplevelse av trygghet. En trygg relasjon innebærer åpenhet, forståelse, gjensidighet, akseptasjon og ærlighet (Thorsen, 2005:28). I studien til Tingvoll (2002) kom det frem at pasientene ønsket en fast kontaktperson. Informantene opplyste at det ble mange å forholde seg til, og at enkelte ting gikk over hodene deres (Tingvoll, 2002). Relasjonen vil også påvirkes av pasientens muligheter for deltakelse. Det er en menneskerettighet å påvirke egen situasjon. Pasienten skal delta og ha medvirkning i behandlingen. Medvirkningen gjør pasienten ansvarlig for eget liv, det gir selvrespekt, likeverd og bedret mestringsevne (Vardeberg og Einarsen, 2004:48-49). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 står det at pasienten selv har rett til å medvirke i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester.

2.2 Benner og Wrubels syn på sykepleie

Konsmo (1995) skriver om sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel. De mener omsorg er grunnleggende i menneskets liv og i sykepleie. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å finne mening i situasjonen og ta vare på det som er viktig. Det er da vesentlig at sykepleieren er omsorgsfull, noe som innebærer å bry seg (Konsmo, 1995:98). En utfordring for sykepleieren er å forstå hva som er betydningsfullt for pasienten, og hjelpe til slik at dette

blir ivaretatt så godt som mulig. Sykepleieren må tilrettelegge slik at pasienten får gjøre meningsfulle ting og være sammen med de han bryr seg om, da vil pasienten oppleve samhörighet og mening i situasjonen (Konsmo, 1995:99-100). Sykepleieren må involvere seg i situasjonen pasienten er i og hjelpe til slik at det er mulig å leve med de mulighetene som er (Konsmo, 1995:103). For at sykepleieren skal få tak i pasientens ressurser og muligheter for egenomsorg, må hun bry seg om pasienten og involvere seg i situasjonen. Benner og Wrubel (1986) mener dette må være et utgangspunkt for all sykepleie (Konsmo, 1995:94).

Benner og Wrubel (1986) snakker også om hjerneslag. De mener et mål om å komme tilbake til livet slik det var, er urealistisk (Konsmo, 1995:176). Ved hjerneslag skal ikke fokuset rettes mot det tapte, men mot pasientens gjenværende kapasitet (Konsmo, 1995:174). Pasienter som har problemer med å finne ny mening i situasjonen, vil slite med motivasjonen for rehabilitering. Sykepleieren må veilede pasienten og deres pårørende til å se muligheter og hjelpe å finne mening. Oppgavene pasienten får må han være i stand til å mestre, og sykepleier må vise at hun har tro på at pasienten vil klare det (Konsmo, 1995:177-178). I rehabiliteringen er det viktig å bygge på pasientens ressurser. Sykepleier må finne muligheter i hver enkelt pasients situasjon og hjelpe han til å tenke at problemene er mulige å overvinne (Konsmo, 1995:176). Benner og Wrubel (1986) mener at omsorg er den røde tråden gjennom hele rehabiliteringsprosessen. At de rundt viser omsorg for pasienten og opplevelse av at folk er glade i han, kan bidra til at pasienten kommer seg gjennom den vanskelige situasjonen (Konsmo, 1995:176). Benner og Wrubel (1986) mener at pårørende er viktige for mestringen av stresset, fordi ressursene pasienten har for å mestre sykdommen er avhengig av blant annet det sosiale nettverket. De understreker viktigheten rundt ivaretagelse av pårørende, fordi sykdommen også rammer dem. Denne ivaretagelsen vil igjen påvirke pasienten positivt ved at pårørende bedre kan støtte og oppmuntre pasienten (Konsmo, 1995:90-91).

3 Hjerneslag

Hjerneslag er en av de vanligste og mest alvorlige sykdommene blant eldre, og er en hyppig årsak til sykelighet, funksjonsnedsettelse og død. I løpet av de første 30 dagene etter hjerneslaget, er det omtrent 20% som dør (Kirkevold, 2008:406). Hjerneslag, *apoplexia cerebri*, er en skade på hjernevevet som kommer plutselig fordi blodtilførselen til deler av hjernen opphører. Dette skyldes enten hjerneinfarkt (blodpropp) eller blødning fra en hjernearterie (Bertelsen, 2011:318). Dersom oksygen- og glukosetilførselen til hjernen opphører i mer enn noen få minutter, vil hjernevev dø og funksjoner som er kontrollert av det skadde hjerneområdet vil gå tapt (Bertelsen, 2011:318).

Bertelsen (2011:318) skriver at de mest typiske symptomene er ansiktslammelse, skjevhet, hengende munnvik, lammelse i arm og bein, nedsatt kraft, synstap, taleproblemer og språkutfall. Pasienten kan få følgesymptomer som svimmelhet, hodepine, nakkestivhet, kvalme, brekninger, blodtrykksfall, lysskyhet og respirasjonsforstyrrelser (Bertelsen, 2011:318-319). Målet med behandlingen av hjerneslag er å gjenåpne normal blodsirkulasjon til hjernen så fort som mulig (Bertelsen, 2011:319). Neste steg i behandlingen er å utrede og behandle mulig bakenforliggende årsak. Tidlig og målrettet rehabilitering er svært viktig, da dette vil føre til reduserte senskader (Bertelsen, 2011:320).

3.1 Rehabilitering ved hjerneslag

En tredjedel av de overlevende etter hjerneslag får nedsatt funksjon og er avhengig av hjelp i det daglige. En tredjedel får også nedsatt funksjon, men klarer seg uten daglig hjelp og anvender hjelpemidler på egenhånd. En siste tredjedel er helt eller nesten helt restituert (Kirkevold, 2008:408). I tillegg til motoriske funksjonsnedsettelser kan hjerneslag føre til kognitive utfall. Mange er også plaget av emosjonelle reaksjoner i etterkant av hjerneslaget, som depresjon, angst og generell tretthet (Kirkevold, 2008:407). I tillegg til hjerneslagets lokalisasjon og størrelse, avhenger langtidsprognosen av rehabiliteringsperioden, mange vil oppleve bedring av funksjon og symptomer de første årene etter hjerneslaget (Bertelsen, 2011:320). I Conradi og Rand-Hendriksen (2004:28) forstås rehabilitering som:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og mestringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i

samfunnet.

Tingvoll (2002) skriver i sin studie at tidlig rehabilitering vil redusere sjansene for død, og føre til reduserte komplikasjoner og at pasienten best mulig mestrer hverdagens utfordringer. Rehabiliteringen starter på sykehusets slagenhet samtidig som den akutte behandlingen og utredningen. Videre rehabilitering skjer som oftest på et rehabiliteringssenter (Indredavik, 2004:132-133). Mobiliseringen må tilpasses den enkelte pasient. Aktivering som det å stelle seg eller bistå ved forflytning er viktige faktorer i starten av rehabiliteringen (Indredavik, 2004:133).

I studien til Tingvoll (2002) belyses viktigheten av helhetlig rehabilitering. Tap av fysiske funksjoner kan føre til opplevelse av verdiløshet. Den fysiske treningen er viktig, men vel så viktig er pasientens psykiske behov. Livssituasjonen må tas på alvor og pasienten trenger støtte og veiledning slik at hverdagen mestres både fysisk, psykisk og sosialt. Studien forteller også at pårørende er en viktig ressurs og sentrale i rehabiliteringsprosessen. De vil være støttespillere og samarbeidspartnere for pasienten og for personalet (Tingvoll, 2002).

3.1.1 Tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringen

Bredland, Linge og Vik (2011:55) skriver følgende om den tverrfaglige rehabiliteringen:

[...] rehabilitering er en sammensatt og helhetlig prosess, og det er umulig å se helheten fra ett ståsted. Dermed forutsetter rehabilitering tverrfaglig samarbeid [...] for å kunne se forskjellige sammenhenger og muligheter trenger vi ulike faggrupper som ser ting ulikt.

Det trengs et godt faglig samarbeid for å ivareta pasienten optimalt og for å oppnå gode resultater. Lege, sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, psykolog, logoped, synspedagog og klinisk ernæringsfysiolog er fagpersoner som er aktuelle i den tverrfaglige behandlingen (Helsedirektoratet, 2010).

4 Stress og mestring

Stress, mestring, sykdom, helse og velvære er sentrale begreper i Benner og Wrubels teori, de mener forståelsen av disse begrepene er vesentlig for sykepleierens omsorg. Deres teori bygger spesielt på mestring av sykdom. Når en person står i fare for å miste noe vedkommende bryr seg om eller som er viktig, oppleves stress og det er behov for å finne en ny mening eller nye måter å leve på (Konsmo, 1995:21-22). Stress kan forklares som ytre og indre påkjenninger, det assosieres med noe ubehagelig. Endret livssituasjon som følge av sykdom eller funksjonstap, kan føre til følelse av meningsløshet og tap av sammenheng. Livet blir annerledes, og den rammede går inn i en krise. Dette kan utfordre pasienten til å se mening i tilværelsen (Eide og Eide, 2007:166). Stress er resultatet av vurderingene rundt egne muligheter, et resultat av å leve et liv der noe er viktig og betydningsfullt. Benner og Wrubel (1986) mener at stresset ikke kan behandles, det må lindres (Konsmo, 1995:80). I studien til Western (2007) kommer det frem at pasientene hadde behov for å akseptere tapet for å ha mulighet til å sørge over det. Bearbeidelse av reaksjonene kan påvirkes av god kommunikasjon og tilstrekkelig informasjon (Eide og Eide, 2007:166).

Pasientens situasjon påvirker mestringsmulighetene. I følge Benner og Wrubel (1986) er mangel på mening og tilhørighet de største truslene for mestring (Konsmo, 1995:76). Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring i Lazarus (2006:139) slik:

Vi definerer mestring som kognitive og adferdsmessige bestræbelser, som er under konstant forandring og søker at håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav, der vurderes at være plagsomme eller at overskride personens ressurser.

Begrepet mestring er viktig i rehabiliteringen, fordi det handler om at pasienten skal gjenvinne eller oppnå et liv som aksepteres og finner mening i (Romsland, 2012:160). Mestring handler om å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og reaksjonene den medfører. Det dreier seg om å takle påkjenningene slik at man får det så godt som mulig på tross av et dårlig utgangspunkt (Eide og Eide, 2007:166). Benner og Wrubel (1986) mener også at målet for mestringen er å finne en ny mening (Konsmo, 1995:85). Mestring kan knyttes til erfaring av sammenheng og opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I forhold til rehabilitering vil mestring knyttes til det å oppnå en ny

sammenheng og kontinuitet i den nye situasjonen (Romsland, 2012:160-161).

Lazarus (2006:129) ser på mestring som en prosess, der mennesket forsøker å mestre stresset. I en mestringsprosess veksler pasienten mellom ulike strategier. Lazarus mener det er to typer mestringsstrategier: problemfokuseret- og emosjonsfokuseret mestring. Med problemfokuseret mestring menes tiltak som rettes mot problemløsning, mens ved emosjonsfokuseret mestring forsøker pasienten å endre følelsesreaksjonene knyttet til stresset (Lazarus, 2006:145). Det er rapportert at bruk av mestringsstrategier er nyttig i veien tilbake til livet etter hjerneslag (Ahuja m.fl., 2013). Respondentene i en studie benyttet mestringsstrategier for å holde motivasjonen oppe og for å oppnå mål. Negative tanker og frustrasjon hadde en dårlig effekt på fremdriften. Å akseptere tapene og de fysiske begrensningene hjalp dem til å gå videre, i tillegg til at det opprettholdt motivasjonen (Ahuja m.fl., 2013). Mestringsstrategier handler om hvordan pasienten tror på sin egen evne til å kunne mestre den nye hverdagen (Bredland m.fl., 2011:108).

Mestring kan knyttes til begrepet *empowerment*. Empowerment vil si at pasienten får styrket sine krefter til å få kontroll og ta ansvar over eget liv. Pasienten får hjelp til å oppdage og bruke sine indre krefter til å mestre egen tilstand (Vifladt og Hopen, 2004:62-63).

4.1 Motivasjon

Motivering av pasienter er en stor og viktig del av sykepleierens arbeid (Renolen, 2008:51). Motivasjon er et psykologisk begrep og kan beskrives som drivkraften i menneskets handling (Renolen, 2008:41). Det skilles mellom indre og ytre motivasjon. Ifølge Deci og Ryan (1985) er indre motivasjon en form for egenmotivasjon (Renolen, 2008:43). Pasienten er engasjert og aktiviteten som utføres skaper glede og mestringsfølelse. Motivasjonen kan ligge i tanker, forventninger eller følelser. Videre beskrives ytre motivasjon som noe som er styrt utenfra, enten at pasienten gjør det for andres skyld, eller at han vet det venter belønning. Slike ytre faktorer kan motivere til å fortsette (Renolen, 2008:43). God motivasjon er viktig for en god læreprosess (Renolen, 2008:51). Motivasjon skapes gjennom handlinger som er målrettet, relasjonen mellom sykepleier og pasient og åpenhet (Olesen, 2010). Olesen (2010) skriver i sin artikkel at dersom en pasient er umotivert, betyr det at vedkommende ikke ser på rehabiliteringen som personlig relevant og at den oppleves meningsløs (Olesen, 2010).

4.2 Mål, håp og mening

Mål, håp og mening er sentrale begreper i motivasjonsarbeidet. Uten håp og mening vil pasienten ha dårlige forutsetninger for å finne motivasjon i arbeidet mot mulige mål. Når det snakkes om mening knyttet til sykdom og krise, menes det ikke at pasienten skal oppleve situasjonen som meningsfull, men finne mening i lidelsen (Kristoffersen og Breievne, 2005:175). Dermed kan pasienten forsones seg med den nye livssituasjonen og se muligheter og mening i den (Kristoffersen og Breievne, 2005:175). Pasienten vil ha behov for å finne mening med det som har skjedd, en mening som vil gjøre det enklere å godta og forstå (Renolen, 2008:165). Mening kan knyttes til det som er av verdi, for eksempel noe pasienten allerede har utrettet i livet, eller opplevelsen av å være elsket (Kristoffersen og Breievne, 2005:177).

Studien til Ahuja m.fl. (2013) forteller at opplevelsen av hjerneslag er individuell, men likevel var det felles faktorer som var viktige i situasjonen til respondentene. Blant annet var mål avgjørende for å oppnå fremgang. Det var viktig at målene var av personlig karakter og at respondentene følte eierskap til dem, da økte ønsket om å nå dem (Ahuja m.fl., 2013). Å ha felles mål og jobbe mot er en betingelse for rehabiliteringen, da dette vil øke motivasjonen og utholdenheten hos pasienten (Bredland m.fl., 2011:214). Målene må være definert og formulert på en klar og forståelig måte, og de må beskrive pasientens ønsker. For at pasienten skal motiveres for å arbeide mot målene, må han kunne identifisere seg med dem (Bredland m.fl., 2011:214). Det kom frem i studien til Western (2007) at pasienter ønsker å komme tilbake til livet de hadde levd, noe som er et urealistisk høyt mål.

Håpet er viktig i rehabiliteringen og gir pasienten motivasjon til å nå målene (Western, 2007). Benner og Wrubel (1986) skriver også om håpet som en viktig faktor for mestringen. Håpet er noe som skapes i pasienten og situasjonen han står i (Konsmo, 1995:98). Ved håp har pasienten positive forventninger om hva som kan skje i fremtiden. Det må ikke nødvendigvis være at sykdom skal kureres eller problemer løses, men at fremtiden vil bringe noe som oppleves meningsfullt. Håp handler ofte om en forestilling rundt et mål man ønsker å nå, noe man har tro på og forventer at kan virkeliggjøres (Eide og Eide, 2007:56). Opplevelsen av håp vil ha stor betydning for hvordan pasienten takler livet og hvordan livssituasjonen mestres ved opplevelse av tap og lidelse. Det vil i tillegg bidra til økt livskvalitet og påvirke behandlingsprosessen (Kristoffersen og Breievne, 2005:177). Pasienter som ikke har håp eller

ser noen bedring, fokuserer fort på problemene. Bedringen stopper opp og pasienten opplever håpløshet (Western, 2007). Dersom pasienten opplever håpløshet, forsøker han ikke å mestre problemene, fordi pasienten ikke tror det er muligheter for forandring (Kristoffersen og Breievne, 2005:177). I studien til Lorentsen (2003) kommer det frem at opplevelsen av noe godt hadde betydning for håpet. Pasientene sa at håpet gir glede og følelse av mening. Det er menneskets indre kraftkilde for å kunne gå videre når livet oppleves truende. Det kom frem at gode opplevelser, nærvær, mål, kontroll og kommunikasjon var viktige faktorer for håpet (Lorentsen, 2003).

4.3 Kildekritikk

Jeg har anvendt pensumlitteratur og annen litteratur i teorien. Jeg har funnet tidligere pensumbøker fra sykepleieutdanningen, disse bøkene er kvalitetssikret gjennom studieplanen og er bøker jeg er kjent med. Jeg har også funnet litteratur gjennom søk i BIBSYS og lån fra skolens bibliotek. Jeg vurderte litteraturen opp mot hva som var faglig relevant for problemstillingen og om innholdet var av god nok kvalitet for å kunne benyttes i oppgaven. Jeg har forsøkt å finne frem til primærkilder. I søk etter forskning benyttet jeg databasene CINAHL, Sykepleien Forskning, SveMed+ og Cochrane Library. Jeg fant flest aktuelle treff i CINAHL og SveMed+. Ved søk har jeg brukt systematisk søking. Søkeord jeg har brukt er: stroke, hjerneslag, hope, håp, coping, recovery, nursing, rehabilitering, rehabilitation og motivation. Jeg har også brukt kombinasjoner av disse ordene. Jeg har forsøkt å ikke anvende litteratur eldre enn ti år, fordi det kan ha kommet oppdatert kunnskap etter dette. Der eldre litteratur er brukt, har jeg vurdert at teorien fremdeles er relevant. Kildekritikken gjelder for litteraturen i alle de tre teorikapitlene 2, 3 og 4.

5 Metode

Metode brukes om å følge en bestemt vei mot et mål (Dalland, 2012:114).

Aubert (1985) har definert følgende i Dalland (2012:110):

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.

Metode kan beskrives som et verktøy eller et redskap, som benyttes for å komme frem til ny kunnskap der metodevalget styrer fremgangsmåten til kunnskapen på best mulig måte. Metoden er en hjelp for innsamling av data, altså informasjonen som er nødvendig for oppbygning av oppgaven (Dalland, 2012:112).

5.1 Kvalitativ metode

I en *kvalitativ* metode fanger vi opp meninger og opplevelser som ikke er mulig å tallfeste eller måle, i motsetning til *kvantitativ* metode, som gir målbare data (Dalland, 2012:113). Ved kvalitativ metode får vi dataen som ord. En presentasjon av disse resultatene vil være av beskrivende form, for eksempel om atferd eller handlinger gjennom ulike former for observasjon. Når dataen er samlet inn ved bruk av samtale eller intervju, må forskerne basert på analyse og tolkning, beskrive oppfatningene, meningene, erfaringene og opplevelsene til respondenten (Pettersen, 2008:88-89). I oppgaven setter jeg meg inn i en persons beretninger, jeg har stilt spørsmål til en selvbiografi, og deretter analysert og tolket svarene.

5.2 Tekstanalyse

Hensikten med min oppgave er å forstå en pasients opplevelse av sin akutte sykdom, og mestringsprosessen på vei mot en ny hverdag. Opplevelsene og tankene rundt mestringsprosessen er en subjektiv opplevelse, og kan derfor ikke måles eller tallfestes. For å få tak i en pasients egne opplevelser rundt sitt hjerneslag, har jeg anvendt tekstanalyse som metode. Tekstanalyse defineres i Frederiksen og Beedholm (2012:73) som:

Det sæt af spørgsmål som man stiller til en konkret tekst for at løse en konkret problemstilling og give nogle begrundede svar der kan overbevise andre om at man har ret.

Tekstanalyse vil si at forskerne stiller spørsmål til en tekst der det forventes å finne svar. Analyse av tekst kan være en undersøkelsesmetode som anvendes for å svare på en problemstilling, der problemstillingen avgjør hvilke forskningsspørsmål som skal stilles til teksten. Tekstanalyse som metode er basert på en fenomenologisk- hermeneutisk tradisjon innenfor vitenskapsteorien (Frederiksen og Beedholm, 2012:71-72). I en fenomenologisk undersøkelse fokuserer vi på verden akkurat slik den oppleves og erfares fra et subjektperspektiv, for eksempel fra en pasients perspektiv (Thomassen, 2011:83).

Hermeneutikk vil si å tolke eller fortolke, det betegner en sammensatt tradisjon av teorier om forståelse og tolkning (Thomassen, 2011:157). Videre skriver Thomassen (2011:159) at det å forstå et menneskeliv slik det viser seg i et mangfold av uttrykksformer, kalles humanvitenskap.

Når forfatteren av teksten utformer sine opplevelser og tanker i skrift, innsettes en avstand til den faktiske kommunikasjonssituasjonen. Med denne avstanden blir teksten selvstendig, og dermed er avstanden en forutsetning for at forskerne kan tilegne seg tekstens mening (Thomassen, 2011:166). Teksten blir løst fra forfatterens intensjon når den slippes ut, og ligger åpen for å kunne forstås på nye måter. Leseren kan tolke tekstens mulige betydninger. Målet blir dermed å fortolke meningen som ligger i teksten (Thomassen, 2011:166). Analyse av intervju handler om å sammenstille ulike funn, plukke ut spesielle betydninger og rydde data. Det gjøres en tolkning som utgjør en vurdering av hva materialet sier og ikke sier. Intervjuanalyse hjelper oss å komme frem til hva intervjuet forteller oss. Analysens kvalitet avhenger av forskerens dyktighet, kunnskap om temaet og hvordan analyseverktøyet beherskes (Kvale og Brinkmann, 2010:197-225). Funnene kan deles inn i kategorier, dette vil gi en tydeligere beskrivelse av opplevelsene som undersøkes, funnene blir dermed strukturert (Kvale og Brinkmann, 2010:209).

5.2.1 Innsamling av data

Etter at jeg leste *Det levende buret* satt jeg igjen med et godt inntrykk av boken i tillegg til at jeg syntes forfatteren beskrev sine opplevelser og tanker bra. Jeg hadde fått et overblikk over boken og hva den handlet om. Grunnen til at jeg valgte denne boken, var i hovedsak fordi forfatteren beskrev godt hvordan han mestret sykdommen og hvilke tanker han hadde i prosessen. Boken er i tillegg relativt ny, så behandling og kunnskap rundt sykdommen er omtrent den samme i dag. Den er på underkant av 100 sider, noe som er en håndterbar mengde data.

Hadde boken vært for stor, ville jeg sittet med veldig mange funn – i tillegg til at analyseprosessen ville tatt lang tid. For at jeg skulle kunne analysere innholdet i boken, stilte jeg fire forskningsspørsmål til teksten. Disse spørsmålene henger sammen med problemstillingen. Forskningsspørsmålene er vesentlige fordi det er vanskelig å analysere en tekst kun med utgangspunkt i en problemstilling (Frederiksen og Beedholm, 2012:79-80).

Jeg kom frem til funnene ved å stille følgende spørsmål:

- *Hva var Pers følelsesreaksjoner og opplevelser da han ble rammet av hjerneslag?*
- *Hvilke utfordringer møtte Per i mestringsprosessen?*
- *Hvordan opplevde Per pleien han fikk på sykehuset i tiden etter hjerneslaget?*
- *Hvilke faktorer bidro til Pers opplevelse av håp?*

5.2.2 Analyse av datamateriale

Forskingsspørsmålene hjalp meg til å analysere for eksempel hva som var utfordringer i mestringsprosessen, uten at fortelleren skriver direkte at *dette var utfordrende i min mestringsprosess*. Jeg leste boken igjen og analyserte setning for setning og plukket ut alle sitatene jeg mente svarte på mine forskningsspørsmål. Disse sitatene skrev jeg ned i et eget dokument, sammen med sidetall jeg hadde tatt dem fra. Etter dette kunne jeg legge fra meg boken og fokusere på sitatene jeg hadde plukket ut. Jeg gikk så gjennom hvert sitat og luket ut de jeg mente svarte dårligst på spørsmålene. Jeg luket også ut sitater som sa det samme om en sak. Grunnen til denne utlukingen er at det ville blitt for mange funn og det ville tatt for stor plass med tanke på oppgavens omfang. Dataen som ble tatt med, var det jeg syntes rommet mest av hva forfatteren sa om samme sak, samtidig som det ga en bredde rundt hans situasjon. Jeg kategoriserte så sitatene i meningsbærende underoverskrifter for å få frem hva som kunne knyttes til hvert spørsmål. Analyseringen av datamaterialet var ingen lett prosess, å tolke tekst kan være utfordrende. Utsagn forfatteren hadde kunne virke så forskjellig, samtidig som betydningen kunne tolkes likt. Her må man grundig analysere og prøve å finne frem til hva han *faktisk* mener, for å kunne gi en effektiv presentasjon av resultatene. Kategoriseringen av funnene var også en utfordring, regne puslespillet. Hvert sitat måtte igjen analyseres for å finne ut hva forfatteren mente, og hvilken gruppe utsagnet tilhørte. Det er en prosess som tar tid, men som er veldig interessant og lærerik.

5.2.3 Fordeler og ulemper ved bruk av metoden

Gjennom en selvbiografi blir opplevelser fortalt med pasientens egne ord. Vi møter pasientens tanker, noe som gir leserne god tilgang til sykdomsopplevelsen. Det medfører informasjon om hvordan sykdommen opplevdes og hva som var av betydning for den syke. Den anvendte boken er en av mange selvbiografier om hjerneslag. Det er viktig å ta i betraktning at funnene belyser *en* persons situasjon, og at andre pasienter i samme situasjon kan ha en annen opplevelse. En publisert bok har vært gjennom grundige overveielser og bearbeidelser og det er gått tid fra hendelsen skjedde til boken er skrevet og utgitt. Likevel er teksten formet slik fortelleren ønsker det, så elementer og opplysninger kan være fjernet. Min forståelse av teksten vil være avgjørende for funnene, jeg er selv en begrensning. Jeg kan lese teksten med andre øyne enn hva en annen leser ville gjort. Det er mine vurderinger og tolkninger av teksten som ligger til grunn for funnene, og jeg kan ha oversett noe vesentlig eller misforstått utsagn. Det kan stilles mange spørsmål til en tekst, og de forskjellige spørsmålene fører til forskjellige meninger. Jeg har ikke mulighet til å stille utdypende spørsmål til teksten. En faktor som jeg ser på som en fordel, er at forfatteren av boken er journalist og har lang erfaring fra mediebransjen, og har dermed kunnskaper rundt skriftlig arbeid.

5.3 Etikk

Det levende buret er en publisert bok der forfatteren anvender de reelle navnene til både pårørende og seg selv som pasient, derfor anonymiser ikke jeg navnene i denne oppgaven. På bakgrunn av følgende utsagn har jeg ikke kontaktet forfatteren av selvbiografien for å få tillatelse til å anvende boken:

Selvbiografier, der er publicert som bøger, er offentlig tilgjengelig materiale, og der er ingen grund til at kontakte [...] for at anmode om tilladelse til at bruke tekstene i et prosjekt (Madsen, 2012:88).

6 Funn

6.1 *Det levende buret (2010) av Per Løvhaug*

Per Løvhaug ble født i 1937 og vokste opp på en gård i Nord-Trøndelag. Han er utdannet journalist og jobbet noen år i pressen før han tok et gartnerkurs og bosatte seg med kone (Astrid) og to sønner i Farsund der de dyrket grønnsaker. Etter noen år gikk han tilbake til jobben innenfor media, og startet en ny yrkeskarriere i NRK. I 2007 fikk Per hjerneslag, 70 år gammel. Slaget kom helt uventet og førte til at han gikk fra å være oppegående og selvhjulpen til å bli fullstendig pleietrengende. Som journalist var det å skrive en bok om sine opplevelser en naturlig måte å behandle egne traumer på. Per har klart å sette ord på sine opplevelser og følelser i tiden frem mot en ny hverdag. Målet er å klare seg selv, men han trenger hjelp på veien dit.

6.2 *Presentasjon av funn*

Jeg utformet fire forskningsspørsmål til boken, funnene blir presentert i forfatterens sitater som jeg har kategorisert i ulike emneoverskrifter. Tallet i parentes henviser til sidetallet sitatet er tatt fra i boken til Løvhaug (2010).

6.2.1 **Hva var Pers følelsesreaksjoner og opplevelser da han ble rammet av hjerneslag?**

Tanker rundt døden

Et rom med navn *døden er den ensomste*: «Samtidig fristet det tomme rommet med den ro og absolutte hvile det innbød til. Når døren ble lukket, ville alt stenges ute, også lidelse, nederlag og tap av verdighet.» (19)

«Gi opp hva? Hva var tapt med at jeg gikk bort? En masse problemer, kanskje?» (68)

Tanker rundt håpet

«[...] hadde en uklar følelse av at det gikk framover. Dette ga meg nok også et urealistisk håp om at jeg snart skulle være der jeg var før slaget rammet meg.» (38)

Fortvilelse

«En naken, ubeskyttet mannsperson som var helt prisgitt krefter utenfor kontroll, ute av stand til å bevege seg. Følelsen av maktesløshet var grenseløs, og fortvilelsen over å ikke kunne røre seg, var bunnløs.» (13-14)

Pessimisme

«Jeg hadde mistet troen på at jeg noen gang skulle komme ut av rullestolen, og så ikke noe lys i mørket. Yngre ble verken Astrid eller jeg, så jeg så ikke annet enn dystre framtidutsikter.» (61)

«I blant kunne pessimisten gripe tak i meg, og jeg sank ned i det dypeste mørket. Vissheten om hva jeg hadde mistet og aldri kunne få igjen, satte i gang en slags sorgprosess.» (78)

Sorg

«Det tales ofte om at pasienten får sorgreaksjoner. Den slagrammede sørger over alt han har tapt eller gått glipp av. Det kan være noe så enkelt som lek med barnebarna, en reise det ikke ble noe av eller det å kunne spise med kniv og gaffel. En hel verden av ting er plutselig utenfor rekkevidde for den hjelpeløse pasienten. Denne sorgen melder seg for alle ganske snart, og blir der for bestandig.» (70)

6.2.2 Hvilke utfordringer møtte Per i mestringsprosessen?

Finne motivasjon

«Det ble etter hvert klart at vi måtte organisere tilværelsen på en ny måte, og jeg spurte meg selv hvordan jeg skulle skaffe motivasjon til å gå videre. » (71)

Akseptere situasjonen

«Jeg var ute av stand til å gå, jeg snakket med stort møye, hadde besvær med å spise og strevde med å holde meg renslig. Med andre ord: jeg var sterkt pleietrengende.» (68)

«[...] jeg følte likevel at det skjedde et fremskritt. Det kom av at jeg bestemte meg for at svimmelheten ikke skulle få hindre meg i å trene. Jeg måtte oppnå resultater til tross for den.» (79-80)

Tap

«Vi måtte begge forsone oss med at ting aldri kunne komme tilbake til det som var.» (78)

Klarer ikke å uttrykke seg

«Det å ha ferdige setninger som ikke lot seg virkelig uttale, var dypt skuffende. Du hadde jo meninger om ting, men ingen hørte det du ønsket å si! Ikke kunne jeg kommentere det andre folk sa dersom de diskuterte min skjebne. Ikke kunne jeg samstemme dersom de avgjorde hva som var riktig for meg. Kort sagt, jeg var umælende vitne til at folk tok avgjørelser på mine vegne.» (30-31)

6.2.3 Hvordan opplevde Per pleien han fikk på sykehuset i tiden etter hjerneslaget?

Gode opplevelser

«De hvitkleddede sykepleierne var de som bandt den kjedelige dagen sammen. De fikk noe til å skje til enhver tid. Først var det morgenstellet.[...] De sørget for at jeg fikk rene klær, og ei skjorte som tilhørte meg. Om natten hadde jeg ligget med sykehusets skjorter, men nå fikk jeg på meg noe av mitt eget, velkjente tøy. De så til at håret var velkjemmet og tennene pusset. De sørget for at jeg fikk ernæring gjennom sonden, og slik var klar til å møte en ny arbeidsdag.» (41)

Mangel på ivaretagelse av funksjoner

«Jeg hadde ringt etter nattevakten for å få en flaske, og jeg gjorde det klart at jeg måtte ha hjelp til å tisse. Det ble for meget for den latin-amerikanske pleieren, som grep en bunke bleier og kylte ned i skrittet mitt.» (52)

Tid og samtale

«Jeg fortalte da hva jeg opplevde nattetid, til en av sykepleierne, og hun hørte tålmodig på meg. Hun stilte også noen spørsmål[...]» (34)

Tilrettelegging for selvhjelp

«Ergoterapeuten Laila gjorde hva hun kunne for at jeg skulle være delaktig. Jeg måtte for eksempel vri opp vaskekluten og vaske hender og ansikt selv. Sykepleieren gjorde hva hun kunne for å hjelpe meg, mens ergoterapeuten utfordret meg til å gjøre mest mulig selv.» (37)

«Hun lærte meg forflytning fra seng til stol, og fra stol til benk og tilbake igjen. Målet var hele tiden å bli mest mulig selvhjulpen.» Side (44)

Bekreftelse på fremgang

«Hun passet på at det gikk som det skulle med urinen. Når hun hentet fram flaska med 150 ml gulbrun væske, kunne hun juble av tilfredshet og vise tommelen opp mens hun holdt flasken mot lyset. Slik viste Sissel at det gikk framover med kontrollen over denne kroppsfunksjonen også.» (41)

«Jeg gjorde det jeg ble bedt om, men følte ikke at jeg kom noe skritt videre. Men det kunne ikke være riktig, for jeg ble stadig minnet om at jeg gjorde ting jeg ikke kunne gjøre tidligere.» (79)

6.2.4 Hvilke faktorer bidro til Pers opplevelse av håp?

Familie – å være elsket

«Astrid slo ut med hånden mot meg, og døren lukket seg plutselig av seg selv. Det var da jeg forstod hvor høyt jeg elsket henne, og at døden trekker seg tilbake når den møter tosomhet eller flersomhet.» (19) (*Døren* er et symbol på døden.)

«De mest kjærkomne besøkene var når barnebarna kom.» (62)

Tilbringe tid hjemme

«Det var en nytelse å få tilbringe helgen hjemme.» (55)

«Eller var det håp? Hvert besøk hjemme tente dette håpet, og gjorde at tilværelsen fikk en ny dybde.» (66)

Mål

«Svaret synes delvis å ligge i de mål du setter deg. Det kan være et overordnet mål, som det å bo hjemme resten av livet. Vel så viktig er de mange delmålene du setter deg. Dette kan være som å drikke en kopp kaffe uten å søle. Slike delmål er til for å nås, og hvert delmål som blir nådd, er en seier. Det er viktig at slagpasienten selv er med på å sette opp disse målene, slik at han eller hun har følelsen av å være i siset og at nye delmål stadig blir nådd.» (71)

Fremgang

«Stor var gleden da hun fikk meg til å telle til fem. Jeg kan enda huske hvilken triumf det var når jeg klarte å si hva de forskjellige månedene i året het.» (43)

I stell: «Dette var ikke lett, men jeg ble ganske flink etter hvert, selv til å mestre den nesten lamme venstrearmen.» (50)

Gode opplevelser

«Det hyggeligste jeg husker ifra Kongsgårdheimen, var den turen tre av oss pasienter ble tatt med på til kolonihaven bak sykehusbygningen.[...] Jeg vil alltid være de to sykepleierne en stor takk skyldig for opplevelsen de ga oss.» (46)

«En gang kunne hun ta seg fri en hel langweekend mens assistenten Jorun bodde hos meg. Jeg hadde også stor glede av disse forandringene, for Jorun kunne hjelpe meg med det jeg ønsker aller mest, nemlig å skrive.» (78) (Med *hun* mener Per kona.)

7 Drøfting: Sykepleierens bidrag til en pasients mestring av hjerneslag

Å bli rammet av hjerneslag vil påvirke pasienter på ulike måter. Dette understreker Benner og Wrubel (Konsmo, 1995:177). Felles for sykdommen er at den skaper reaksjoner og pasienten har behov for sykepleie. Pasienten mister kontroll over egen tilværelse og fremtiden kan oppleves truende. Per beskriver hvordan verden plutselig blir satt utenfor rekkevidde, og at han føler seg hjelpeløs (Løvhaug, 2010). Det kan oppleves sorg og angst over den nye livssituasjonen, og dette bør bearbeides. Sykepleieren har en betydningsfull rolle i behandlingsprosessen. I dette kapitlet drøftes hvordan sykepleieren kan bidra til at pasienten skal kunne mestre den nye livssituasjonen ved gjennomgått hjerneslag.

Kapitlet er delt i to underkapitler, det første retter seg mot bearbeidelse av reaksjoner, og det andre kapitlet rettes mot den fysiske opptreningen etter hjerneslaget. Dette er to faser som glir over- og påvirker hverandre, noe jeg kommer tilbake til. For at sykepleieren skal kunne yte god sykepleie, må hun ha kunnskaper om behandling og forebygging. Hun må kjenne godt til hjerneslag, hvordan opptreningsfasen arter seg og hvilke tiltak som er viktig å iverksette. Sykepleier fungerer som en tilrettelegger, pedagog og medhjelper for Per, og hun skal identifisere behov og igangsette tiltak. Allerede her starter de første leddene i sykepleieprosessen. Et av målene for sykepleieprosessen er samhandling (Skaug og Andersen, 2005:191). God samhandling forutsetter at sykepleier og pasient har en relasjon seg imellom (Skaug og Andersen, 2005:192). Per beskriver nærmest ingenting om erfaringer rundt relasjonene til sykepleierne, men han uttrykker så vidt noe i forhold til dette i forbindelse med hjemmesykepleien i tiden etter sykehusoppholdet. På grunn av alle deltidsstillingene i helsevesenet var det mange pleiere som hjalp, og Per beskriver det som en strøm av nye personer som invaderte privatsfæren (Løvhaug, 2010:75). I litteratur (Eide og Eide, 2007:138-140) og forskning (Tingvoll, 2002) kommer det frem hvor viktig gode relasjoner er for behandlingen. Studien til Tingvoll (2002) beskriver viktigheten av en fast kontaktperson. Dette kunne vært bra for Per, men svært utfordrende å få til på grunn av turnusarbeidet. Likevel kan det så langt det går, forsøkes at så få sykepleiere som mulig er i kontakt med Per.

I relasjonsbyggingen må sykepleier involvere seg i Per og hans situasjon, bli kjent med han og hans verdier, vise interesse og engasjement. Dermed har pasienten muligheter for å føle omsorg, føle seg sett, forstått, akseptert, trygg og oppleve empati (Skaug og Andersen,

2005:191). Dersom sykepleieren bygger en god relasjon til Per, vil han ha bedre forutsetninger for å motta hjelp og få følelse av omsorg. Ifølge Benner og Wrubel (1986) vil tillit skapes og behandlingsmulighetene bedres (Konsmo, 1995:22). Sykepleier må bruke tid med pasienten, de må bli kjent med hverandre og skape et forhold bygget på tillit og åpenhet. En viktig faktor for relasjonsbyggingen er respekt. Sykepleier må respektere Per på samme måte som han respekterer sykepleieren. Per ligger hjelpeløs i sengen og er utsatt for funksjonstap, men han er likevel det samme mennesket som han var før hjerneslaget, og han har krav på den samme respekten nå, som han hadde før. Jeg tror tiden sykepleieren har til rådighet kan utfordre relasjonsbyggingen, i tillegg er dagene oppstykket med ulike behandlere. Sykepleier bør derfor utnytte alle situasjoner til å knytte kjennskap med Per, både under stell, matsituasjon, medisintdeling og lignende.

Samarbeid, medvirkning og gjensidighet er faktorer som tilrettelegges ved en god relasjon (Vardeberg og Einarsen, 2004:48). Dersom Per ikke har en sykepleier han stoler på og føler seg respektert av, er det ikke sikkert han våger å komme med ønsker og innspill, og dermed kan sykepleier overse viktige behov og samarbeidet mellom partene blir dårlig. Retten til å medvirke i gjennomføringen av egen helsetjeneste og situasjon, er lovpålagt og står presisert i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Sykepleier må informere Per om behandlingen og gi han mulighet til å ytre meninger og synspunkter. Dette kan være utfordrende fordi Per i starten hadde problemer med å uttale setninger (Løvhaug, 2010:30-31). Da er det ekstra viktig at sykepleier bruker tid og gir Per mulighet til å uttrykke seg. Ofte kan sykepleieren se på pasientens blick eller kroppsspråk om han forsøker å si noe. Sykepleieren må være tålmodig, hun kan spørre direkte ja/nei-spørsmål som er enkle å svare på, og hun kan finne eventuelle alternative måter å kommunisere på. Selv om pasienten skal bestemme over egen behandling, må sykepleier ta ansvar for å hjelpe han, det er hun som er faglig kompetent på området. Hun må finne en balanse rundt det å hjelpe uten å ta mer ansvar enn hva som er nødvendig. Det er Per som kjenner situasjonen best og han skal derfor være en aktiv deltaker. Det vil være vanskelig for Per å være i stand til å ivareta egen livssituasjon dersom han ikke inkluderes i planleggingsprosessen. Hvordan sykepleier kan bidra til å hjelpe pasienten i mestringsprosessen drøftes i de to neste kapitlene.

7.1 Behov for bearbeidelse

Jeg deler mestringen av hjerneslag opp i to deler: psykisk og fysisk mestring. Mestring går inn under begge kategoriene, men det handler om mestring på to ulike måter. Forskning bekrefter viktigheten av helhetlig rehabilitering, pasienten har psykiske behov som er vel så viktige som den fysiske opptreningen (Tingvoll, 2002). I den psykiske delen bør Per finne de faktorene som er viktige for han, det som gir han mening og håp i situasjonen. I teorien til Benner og Wrubel (1986) er begrepene stress, mestring, sykdom og helse sentrale (Konsmo, 1995:21). Hjerneslaget fører til psykiske påkjenninger for Per, det å være uten krefter og ikke kunne bevege seg utløste stor fortvilelse (Løvhaug, 2010:13-14). Han kunne miste troen på fremtiden og så ikke lys i mørket (Løvhaug, 2010:61). Utfordringen for Per blir her å se fremover. Teorien forteller at sykdom og alvorlige hendelser kan gjøre at pasienten opplever en krise (Eide og Eide, 2007:166). Bearbeidelse av disse psykiske påkjenningene handler i stor grad om at sykepleieren samtaler med pasienten, gir informasjon og veiledning. Eide og Eide (2007:166) bekrefter at bearbeidelsen kan påvirkes av dette. For å få til dette på en god måte, er kommunikasjonen viktig. Sykepleier må kommunisere på en måte som gjør at Per forstår. Hun må ikke benytte seg av fagord som ikke er forståelige, hun må tilpasse seg Pers språk. Sykepleier må sørge for at samtalen og informasjonen blir gitt på tidspunkter der Per er opplagt, ikke når han er sliten etter en tung fysioterapeutbehandling. Samtalen bør foregå på et sted der Per og sykepleieren er alene (eventuelt med kona), dersom det er andre ting som skjer på samme sted, kan Per fort bli ufokusert.

Målet med informasjonen og samtalen er at Per skal finne mening og krefter som gir han pågangsmot til å gå videre. Teorien til Benner og Wrubel (Konsmo, 1995:21-22) understreker viktigheten av at sykepleier bidrar til å finne mening i situasjonen når en krise oppleves. Den største trusselen for mestring er mangel på mening (Konsmo, 1995:76). For Per vil det være viktig å få tid til å sørge og bearbeide tapene. Sykepleierens tiltak vil være å snakke med Per om tapene og hendelsen som har skjedd. Per kan ha behov for å lufte tankene sine og dele sine sorger. Sykepleier må ikke nødvendigvis komme med planlagt informasjon, men ved at hun stiller reflekterende spørsmål, viser interesse og medfølelse, kan sorgen lettes, fordi Per deler den med andre og sitter ikke med alt alene. Dermed kan stresset lindres, noe Benner og Wrubels (1986) mener er nødvendig, stresset kan ikke behandles (Konsmo, 1995:80). Per bekrefter at en sykepleier som hørte tålmodig på han og stilte spørsmål rundt hans frustrasjon, var svært betydningsfullt (Løvhaug, 2010:34). Forskning (Western, 2007) sier at pasientene

må akseptere tapet for å ha mulighet til å sørge over det. Annen forskning (Ahuja m.fl., 2013) sier at respondentene måtte akseptere tapene for å kunne gå videre. Det kan stilles spørsmål om pasienten må akseptere tapene for å kunne sørge over dem, eller for å gå videre. Dette kan være en svært lang prosess, og dersom tapene må aksepteres kan det gå lang tid før Per kommer i gang med opptreningen. Jeg mener at Per ikke nødvendigvis må akseptere tapet, for tapet vil være der over tid, men han er nødt til å erkjenne hendelsen. Han må forstå hva som har skjedd. Gjennom samtaler mellom Per og sykepleier kan Per ta hendelsen mer innover seg ved at tanker og reaksjoner blir bearbeidet. Teorien beskriver hvor viktig det er at sykepleieren involverer seg i pasientens reaksjoner rundt sykdommen og hvilke opplevelser som knyttes til den (Skaug og Andersen, 2005:191). God kommunikasjon og informasjon er tiltak som kan hjelpe Per i sorgprosessen. Med dette mener jeg at sykepleier er tilstede og stiller spørsmål rundt hans tanker. Hun kan informere om mulighetene for bedring slik at Per kan forstå at tapene han er utsatt for, ikke nødvendigvis vil være der for alltid. Ved beroligende informasjon kan Per få følelsen av trygghet, og dermed unngå unødvendig bekymring. Når frykten for fremtiden forsvinner, vil håpet komme fram (Lorentsen, 2003).

Dersom sykepleier ikke lar Per jobbe med bearbeidelsene og kjører rett på med den fysiske treningen, vil Per ha problemer med å se mening i situasjonen og finne motivasjon. Sorgen vil alltid være der, men Per bør forsøke å ha et forhold til den. Per nevner at svimmelheten var utfordrende for rehabiliteringen, men likevel bestemte han seg for at dette ikke skulle hindre han (Løvhaug, 2010:79-80). Her ser vi at Per har erkjent at svimmelheten vil være der og ser fremover. Dette er en mestringsstrategi for Per, fordi pasienten tror han vil mestre tross problemet (Bredland m.fl., 2011:108), altså problemfokuset mestringsstrategi (Lazarus, 2006:145). Eide og Eide (2007:166) skriver at mestring handler om å takle påkjenningen som situasjonen medfører. Sykepleier må forsøke å forstå hva som er viktig for Per. Benner og Wrubel (1986) nevner dette som en av sykepleierens utfordringer (Konsmo, 1995:99-100). Sykepleier kan forstå hva som er viktig ved at hun samtaler med Per om hans tidligere liv, for å få frem faktorer som er av verdi. Western (2007) mener at pasienten har mulighet til å revurdere verdiene sine etter et hjerneslag. Det betyr at pasienten reflekterer over hva som er av betydning i livet nå, og hva som ikke er like viktig. For bedre mestringsmuligheter er det viktig at sykepleier oppmuntrer Per til å tenke over hva som er viktig for han. Dette er viktig fordi noe som er av verdi i livet kan føre til at Per ser mening i situasjonen. Det er verdier i livet hans som får han til å se fremover. Ut i fra funnene var det kona og barnebarna til Per

som var av størst verdi i livet hans (Løvhaug, 2010:19+62). Derfor er det viktig at sykepleier lar Per få tilbringe tid sammen med dem, dermed bidrar hun til å ta vare på det som er viktig for han. Denne viktigheten bekrefter Benner og Wrubel (Konsmo, 1995:98). Benner og Wrubel (1986) forklarer også betydningen av å ta vare på pårørende (Konsmo, 1995:90-91). Ofte kan pårørende bli oversett, men sykdommen kan gå like mye inn på dem. Det er viktig at sykepleier snakker med kona til Per og informerer om behandling, symptomer, reaksjoner og planene for tiden fremover. Hun kan virke som er ressurs for Per. Studien til Tingvoll (2002) understreker også viktigheten ved å skape trygghet for pårørende.

I studiene til Western (2007) og Lorentsen (2003) kom det frem at en viktig faktor for mestringen er håpet. Benner og Wrubels (1986) mestringsteori skriver også om håpets betydning (Konsmo, 1995:98). Per har flere sitater der håpets viktighet kommer frem. Dersom Per har håp, betyr det at han har troen på å oppleve noe i fremtiden som meningsfullt. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å få tak i håpet. Tilstedeværelse, samtale og veiledning er helt vesentlig her. Sykepleier må ikke nødvendigvis prate, stillhet kan også være en viktig faktor. Det er ikke sikkert Per ønsker å snakke, sykepleieren må derfor gi rom stillhet og samtale. Hun bør sette seg ned hos Per for å vise at hun har tid. Ved at sykepleier er tilstede kan Per oppleve at han er trygg, fordi han ikke er alene i situasjonen. Og ved trygghet kan det være lettere for Per å reflektere og tenke. Sykepleier kan deretter stille noen spørsmål, som ”Hvordan har du det?” eller ”Hva tenker du på?”.

Sykepleieren må være bevisst hvordan hun svarer på spørsmålene Per eventuelt har. Hun må huske at Per kanskje ikke er i stand til å motta alt som blir sagt. Per mottar informasjonen i en vanskelig tid, og kan ha vansker med å forholde seg til det. I tillegg kan det være vanskelig å oppfatte. Sykepleier må være oppmerksom på at Per kanskje har behov for å få det som blir sagt gjentatt. Informasjon rundt hendelsen og tiden fremover kan berolige Per. Dersom hun informerer om behandlingen, framtidsutsiktene og at det vil skje en bedring av funksjon og symptomer (Bertelsen, 2011:320) – kan håpet formidles. Dersom sykepleier informerer Per om at hun og resten av behandlingsteamet følger han tett hele veien, kan det gi han følelse av at han er i trygge hender og ikke alene. Jeg tror trygghet er vesentlig for omsorg. Benner og Wrubel (1986) mener omsorg er den røde tråden gjennom sykepleien (Konsmo, 1995:98).

Per uttrykker ikke direkte at han opplevde håpløshet, men utsagnene om døden kan tolkes som at Per vippet mellom to alternativer. Et alternativ om å dø og et om å leve. Dersom Per vurderer at døden er en utvei, tror jeg han ikke har håpet klart for seg. Dersom pasienten ikke tror det er muligheter i situasjonen, oppleves håpløshet (Kristoffersen og Breievne, 2005:177). Jeg syns ikke sykepleier skal anta at Per har mistet håpet, men heller ikke anta at håpet er tilstede. Hun må heller ha kunnskaper rundt håpets betydning for mestringsprosessen. Per kan også komme over opplevelser som virker skuffende, som kan true håpet. Sykepleier må ikke overse disse opplevelsene, hun bør heller ha et ønske om at hun skal styrke håpet. Dette kan hun gjøre ved å møte utfordringene *sammen* med Per. Det kan hun gjøre ved å gi støtte og oppmuntring. Støtte og oppmuntring om at nedturen er normalt. Hun må benytte sin faglige kompetanse og erfaringer.

Pers tanker rundt døden som en mulig utgang, kan trygges av frykt og usikkerhet. Det er viktig at sykepleier erkjenner at Per kan ha eksistensielle behov. Hun må tilrettelegge for at disse blir ivaretatt. Det er viktig å tørre og stille spørsmål om Pers tanker rundt døden. Kanskje en samtale med en diakon/prest er ønskelig. Sykepleier må vurdere situasjonen, for dersom Per ikke har sagt noe om døden, kan det virke skremmende for han dersom det blir tatt opp. At hun snakker om døden "uten grunn" kan misforstås av Per og føre til ytterligere bekymring.

I studien til Lorentsen (2003) kom det frem ulike faktorer som opplevdes håpsfremmende. Funnene sier at Per også hadde slike faktorer. Blant dem var familien, fremgang, hjembesøk og gode opplevelser (Løvhaug, 2010). Sykepleier må ta utgangspunkt i disse faktorene når håpet fremmes. Hun kan bruke gode opplevelser med familien som eksempler for å vekke minner. Hun kan sørge for at Per får mulighet til å ta hjemturer, da dette kan frembringe gode minner som igjen fremmer håpet. Likevel kan sykepleier være kritisk til at Per drar hjem på permisjon, fordi han da ikke er under overvåkning av helsepersonell. Dette kan være en ubetydelig liten faktor sammenlignet med gleden det gir Per. Dersom legen mener det er forsvarlig, må sykepleier absolutt gi tilbud om dette. Et annet tiltak i fremmingen av håpet er at Per kan skrive ned, eller få hjelp til å skrive ned, drømmer han har om fremtiden. Dermed kan sykepleier få en oversikt, og kanskje han allerede under sykehusoppholdet kan gjennomføre noen av disse. Denne listen kan gi Per håp og forventninger om at det er muligheter i fremtiden. Her kan målsetting knyttes inn, noe som drøftes i neste underkapittel.

7.2 Behov for målrettet opptrening

Per er også i behov av fysisk opptrening. Litteratur (Bertelsen, 2011:320) og forskning (Tingvoll, 2002) sier at dette må skje tidlig i prosessen for å redusere senskader og for bedre mestring. Fordi den fysiske rettet rehabiliteringen må starte tidlig, vil ikke de psykiske påkjenningene være bearbeidet før denne prosessen starter, og derfor glir disse fasene over i hverandre. Dette må sykepleier være bevisst, og hele veien følge opp tiltakene fra forrige kapittel. Begge fasene handler om mestring, men i dette kapittelet rettes mestringen mot at Per skal ha muligheter til å oppnå mål og ha en fysisk fremgang i rehabiliteringen. Per er uten krefter, han har problemer med å gå, snakke, spise og komme seg på toalettet (Løvhaug, 2010). Dette er utfordringer som pasienten har muligheter til å mestre (Bertelsen, 2011:320). Mye av det fysiske arbeidet handler om at sykepleieren motiverer pasienten og tilrettelegger med meningsfulle aktiviteter. Motivasjonsarbeidet er en stor del av sykepleierens funksjon (Renolen, 2008:51). I hvilken grad Per er motivert, avgjør drivkraften i hans handlinger. Det er ulike faktorer som påvirker motivasjonen. Per nevner at målsetting, fremgang og gode opplevelser virket inn på hans syn på fremtidsmulighetene (Løvhaug, 2010).

Benner og Wrubel (1986) mener det må fokuseres på de funksjonene som er igjen, ikke på det som er tapt (Konsmo, 1995:174). Et tiltak er at sykepleieren kaller begrensningene for muligheter. Ofte knyttes begrensninger til noe som ikke er mulig, noe som holder personen igjen. Muligheter er noe man kan jobbe med. Det er viktig at sykepleieren fokuserer på det friske og mulighetene Per har. For eksempel må sykepleier gi Per urinflaske når han har mulighet til å tisse på den, fremfor å kyle en bunke bleier ned mellom beina hans, som den latin-amerikanske pleieren gjorde (Løvhaug, 2010:52). Vi ser også et eksempel (Løvhaug, 2010:37) der Per hadde mulighet til å vri opp vaskekluten selv og vaske hender og ansikt, sykepleier må da fokusere på disse mulighetene Per har til mestre og la han få utføre disse aktivitetene. Sykepleier må ivareta og opprettholde funksjonene Per har. Dette vil være viktige aktiviteter i starten av Pers rehabilitering, noe teorien bekrefter (Indredavik, 2004:133). Her kommer vi også inn på dette med selvhjulpenhet. At sykepleier legger til rette for at Per kan være mest mulig selvhjulpen, vil styrke hans kontroll og mestring.

Tilretteleggingen kan handle om at sykepleier mobiliserer funksjonene Per har i behold. Ved at Per vasker ansiktet selv, bevarer han sin funksjon i denne utførelsen, han får selv kontroll over situasjonen og opplever mestring ved at han får utføre noe han klarer. Sykepleier må spørre Per hva han vil gjøre og hvordan hun kan støtte han, i stedet for hva hun kan gjøre for

han. I funnene kom det frem at sykepleieren hjalp Per i enkelte hendelser, mens ergoterapeuten utfordret han til å gjøre det selv (Løvhaug, 2010:37). Sykepleieren må huske at ved å utfordre Per til å gjøre aktiviteter selv, styrkes hans muligheter for mestring. Når Per blir mer og mer selvhjulpen, betyr det at han har fremgang i mestringsprosessen. Derimot kan det være utfordrende for sykepleier når Per ikke klarer å være selvhjulpen. Da må hun utfordre han på å trene på det han ikke mestrer. Dette kan sykepleier gjøre ved opplæring av den aktuelle aktiviteten med teknikker og bruk av hjelpemidler, fremfor at sykepleieren utfører alt selv. Vi så et eksempel på dette der Per lærte å forflytte seg fra seng til stol, målet var at han skulle bli mest mulig selvhjulpen (Løvhaug, 2010:44).

Opptreningen etter hjerneslag kan være en lang og tidskrevende prosess (Bertelsen, 2011:320), og fremgangen kan fort bli usynlig for Per. I funnene kommer det frem at det å se fremgang var viktig. Likevel var det ikke alltid like lett for Per å se fremgangen selv, og han hadde derfor behov for bekreftelser av sykepleieren (Løvhaug, 2010:41). Ved at sykepleieren bekrefter fremgangen, kan det gi Per ytterligere motivasjon til å fortsette treningen. Dette kan hun gjøre ved å gi anerkjennende ord, vise tommelen opp eller ved å faktisk vise hva han har mestret, dersom det er mulig. En av sykepleierne viste Per urinflasken og resultatet av det han akkurat hadde greid, dette ga han en bekreftelse på fremgang (Løvhaug, 2010:41). Jeg mener også det er viktig at sykepleier bekrefter fremgangen selv om Per ser den selv. Det å rose kan gi ytterligere motivasjon, da vet Per at sykepleieren legger merke til det, som igjen kan påvirke motivasjonen ytterligere. Ytre motivasjon styres utenfra (Renolen, 2008:43).

Ressursene står sentralt i mestringen. Benner og Wrubel (1986) sier også at å bygge på ressursene er viktig i mestringsprosessen (Konsmo, 1995:176). Sykepleier må bygge på Pers ressurser, dette handler om at hun ser pasientens styrker fremfor å fokusere på problemene. For eksempel er kona til Per en ressurs for han, fordi i henne forstod Per meningen med livet (Løvhaug, 2010:19). Sykepleier må tilrettelegge for at Per får tid med kona, da bruker han tiden sin på noe han opplever som meningsfullt, som igjen påvirker hans motivasjon. I tillegg vil Pers positive tanker fungere som en ressurs, for eksempel at han bestemte seg for at han skulle oppnå resultater til tross for svimmelheten (Løvhaug, 2010:79-80). Sykepleier må hele tiden konfrontere Per med at disse tankene gir han en god innstilling, dermed forstår Per viktigheten av hans indre motivasjon. Dette er en form for egenmotivasjon (Renolen, 2008:43).

Per mente oppsatte mål var viktig for hans motivasjon (Løvhaug, 2010:71). Respondentene i studien til Olesen (2010) opplyste om det samme. Teorien understreker viktigheten av målsettingen i motivasjonsarbeidet (Kristoffersen og Breievne, 2005:175), som også er en del av sykepleieprosessen (Skaug og Andersen, 2005:192). Et godt rehabiliteringsarbeid handler om å jobbe mot felles mål (Bredland m.fl., 2011:214). For å kunne jobbe mot felles mål, må sykepleier, pasient og resten av behandlingsteamet hele tiden fokusere på hvilke mål det jobbes mot. Per mente det var viktig å være med å sette opp disse målene selv (Løvhaug, 2010:71), noe Bredland m.fl. (2011:214) også sier i litteraturen. Sykepleier må sette seg ned med Per og utforme målene sammen med han. De må være realistiske, konkrete og formulert av Per. Målene må ikke være for omfattende, men heller ikke for små, da vil det ikke kreve innsats fra Per. Et alternativ for bedre mestringsfølelse er å sette opp delmål på veien mot hovedmålet. Det kan dreie seg om små mål som å komme seg på toalettet fremfor å få urinflaske i sengen. Fremgang som dette kan gi økt mestringsfølelse, som igjen styrker håpet (Bredland m.fl., 2011:214). Når Per har siste ord talt i målsettingsarbeidet, beholdes retten til autonomi og empowerment. Per tar ansvar over eget liv og får økt kontrollfølelse. Lorentsen (2003) sier at mål gir kontrollfølelse, som igjen fremmer mestringsfølelsen.

Per beskriver at han hadde et håp (urealistisk håp, vel og merke) om at han skulle komme tilbake til der han var før hjerneslaget (Løvhaug, 2010:38). I artikkelen til Western (2007) kom det frem at pasientene hadde håp om å komme tilbake til livet slik det var, og at dette er urealistisk høye mål. Benner og Wrubel (1986) sier det samme. For høye mål kan gjøre rehabiliteringen vanskelig, fordi Per mest sannsynlig vil fokusere på det som ikke oppnås, fremfor det som mestres. For at Per skal ha realistiske håp, må han og sykepleier sette opp mål som er mulige å nå. Sykepleier må handle slik at Per blir sikker på at målene kan nås, da må sykepleier selv vite at målene er mulige å nå. Sykepleier må bruke sin faglige kunnskap og erfaring for å vurdere dette, gjerne i samråd med andre faggrupper. Hun kan formidle gjennom samtale med Per at hun har troen på målene. Med tillit i relasjonen vil mest sannsynlig Per tro sykepleieren i det hun sier. I tillegg vil sykepleiers bekreftelser på nådde delmål øke Pers tro på hovedmålene.

I funnene kommer det frem at gode opplevelser var faktorer som var viktige for mestringsfølelsen til Per (Løvhaug, 2010:46). Sykepleier kan bidra til gode opplevelser på flere måter, blant annet ved en god samtale og vise at hun har tid. Det kan også handle om et godt stell, eller å få på

private klær. Det handler ikke bare om det å *stelle*, men hvordan sykepleier faktisk utfører stellet, eller hvordan en genser blir tatt på. Her snakkes det om det gode håndlaget som oppleves varsomt for pasienten og er faglig kompetent. Små ting som sykepleier kan tenke er ubetydelige, kan utgjøre en stor forskjell for Per. Representantene i studien til Lorentsen (2003) fikk frem hvordan gode øyeblikk ga dem håp til å fortsette og leve og kjempe mot utfordringene. Gode opplevelser vil gi Per positive og gode tanker, noe som kan virke motiverende. Dette er tanker og følelser som virker som en indre motivasjon for Per, fordi det er noe som skaper glede og gir pasienten tanker og følelser, og han kan ha forventninger om at mer godt skal skje (Renolen, 2008:43). Den ytre motivasjonen kan sykepleier bidra til å påvirke, ved at hun viser Per at hun har troen på at han kan nå målene og hele tiden fokusere på disse. Dersom sykepleier ikke tror Per vil mestre, vil hun ta fra han motivasjonen. Kona vil også virke som en ytre motivator, fordi flere av aktivitetene vil Per mest sannsynlig gjøre for å glede kona. Sykepleieren kan være en aktiv motivasjonsfaktor ved å tilrettelegge for rehabiliteringsaktiviteter som er meningsfulle for Per. I funnene kommer det frem at aktiviteter som var meningsfulle for Per, var de han mestret, som å selv håndtere den nesten lamme venstrearmen (Løvhaug, 2010:50). Sykepleier må gi Per aktiviteter som er mulig for han å utføre og stadig utfordre Per mer og mer etter hvert som han har fremgang.

Det må understrekes at problemstillingene er definert *pasienter*. Situasjonen kan utarte seg helt annerledes for andre enn Per, og dermed blir også sykepleien annerledes. Pleien må tilpasses den enkelte, drøftingen her er hvordan jeg ville møtt Per.

8 Oppsummering

Pasienten har behov for hjelp til å mestre psykiske påkjenninger, som tanker, pessimisme, frustrasjon og sorg, i tillegg til hjelp rettet mot opptreningen og mestring av fysiske utfordringer. Hjerneslag skaper reaksjoner, og pasienten har behov for å sørge over tapene og finne ny mening i situasjonen. At sykepleier skaper en relasjon bygget på tillit og åpenhet, kan være gode forutsetninger for et godt samarbeid.

Gjennom samtale, informasjon og veiledning kan sykepleier bidra til at pasienten erkjenner hendelsen og finner mening i situasjonen, for så å få håp for fremtiden. Sykepleier må bruke sine kommunikasjonsferdigheter, og gi forståelig informasjon til rett tid. Det er viktig å få pasienten til å snakke om hendelsen for å luften tanker og dele sorgen. Gjennom samtale kan sykepleier få frem pasientens verdier, som kan bidra til å holde håpet oppe. Sykepleier må ivareta pasientens verdier og styrker, og bygge på ressursene i arbeidet mot å oppnå mål. Gode opplevelser, familie, fremgang og hjemturer kan fremme håp, og sykepleier bør derfor ta utgangspunkt i dette i fremmingen av håpet.

Sykepleier må samarbeide med pasienten om målsettingen for å få realistiske og konkrete mål. Hun må fokusere på mulighetene, bevare funksjoner og tilrettelegge for selvhjelpenhet og fremgang. Dette kan dreie seg om opplæring av teknikker og bruk av hjelpemidler. Sykepleier må bekrefte fremgangen, gi anerkjennende ord og rose pasienten.

Litteraturliste

Ahuja, S.S., Clark, S., Morahan, E.M., Ono, M., Mulligan, H. og Hale, L. (2013). *The journey to recovery: experiences and perceptions of individuals following stroke*. Publisert i: *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 41 (1):36-43

Lastet ned fra: CINAHL 17.02.2014

Bertelsen, A.K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bredland, E.L, Linge, O.A. og Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Conradi, S. og Rand-Hendriksen, S. (2004). Funksjonshemming og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I: Vardeberg, K. og Wekre, L.L. (red.) *Lærebok i rehabilitering – Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Frederiksen, K. og Beedholm, K. (2012). Analyse af forskellige former for tekstmateriale. I: Glasdam, S. (red.) *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. utg. Danmark, København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Hentet 23.01.2014 fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/Sider/default.aspx>

Indredavik, B. (2004). Hjerneslag. I: Vardeberg, K. og Wekre, L.L. (red.) *Lærebok i rehabilitering – Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Kirkevold, M. (2008). Hjerneslag. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Engers Boktrykkeri AS

Kristoffersen, N.J. og Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, Bind 3*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lazarus, R.S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. Danmark, København: Akademisk Forlag

Lorentsen, V.B. (2003). *Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?* Publisert i: *Sykepleien*, 91 (21):38-41

Lastet ned fra: Sykepleien Forskning 18.02.2014

Løvhaug, P. (2010). *Det levende buret*. Sandnes: Commentum Forlag

Madsen, K.H. (2012). Selvbioграфier som empiri. I: Glasdam, S. (red.) *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. utg. Danmark, København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2011). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

Lastet ned fra: SveMed+ 17.02.2014

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter*.

Lest 07.02.2014 online på: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pettersen, R.C. (2008). *Oppgaveskrivingens ABC – Veileder og førstehjelp for høgskolestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Romsland, G.I. (2012). *Mestring som mulighet*. I: Solvang, P.K. og Slettebø, Å. (red.) *Rehabilitering*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Skaug, E-A. og Andersen, I.D. (2005). *Beslutningsprosesser i sykepleier*. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, Bind 1*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Thomassen, M. (2011). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Thorsen, R. (2005). *Trygghet*. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, Bind 3*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tingvoll, W.A. (2002). *Slagenhetens rolle i helhetlig rehabilitering*. Publisert i: *Vård I Norden*, 4 (66):48-51

Lastet ned fra: SveMed+ 14.02.2014

Vardeberg, K. og Einarsen, E. (2004). *Medvirkning og samarbeid*. I: Vardeberg, K. og Wekre, L.L. (red.) *Lærebok i rehabilitering – Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Vifladt, E. og Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring

Western, H. (2007) *Altered living: coping, hope and quality of life after stroke*. Publisert i: *British Journal of Nursing*, 16 (20):8-21

Lastet ned fra: CINAHL 17.02.2014

Vedlegg:

Omslagstekst fra ”Det levende buret” av Per Løvhaug (2010)

”Hvor mange pleiere, terapeuter og pårørende har vel ikke tenkt: ”Tro hva som foregår i den stakkars kroppen?” når de har stått ved sykesengen til en slagrammet. Hjerneslag rammer ca. 17.000 nordmenn hvert år, og tallet øker stadig. Sykdommen rammer hver enkelt i ulik grad, men hva som foregår i den enkelte som ligger bevisstløs på intensivavdelingen, forblir stort sett et ubesvart spørsmål.

Denne boken er unik. Forfatter Per Løvhaug er en av en håndfull i hele verden som har vendt tilbake til livet og gitt en beskrivelse av hva han har opplevd i dødens grenseland. For en journalist var dette en naturlig måte å behandle egne traumer på. Med støtte fra helsepersonell har Løvhaug laget en beretning som er nyttig både for pleiepersonell og pårørende.”