

Tema: Håp & rehabilitering til tetraplegiske pasienter

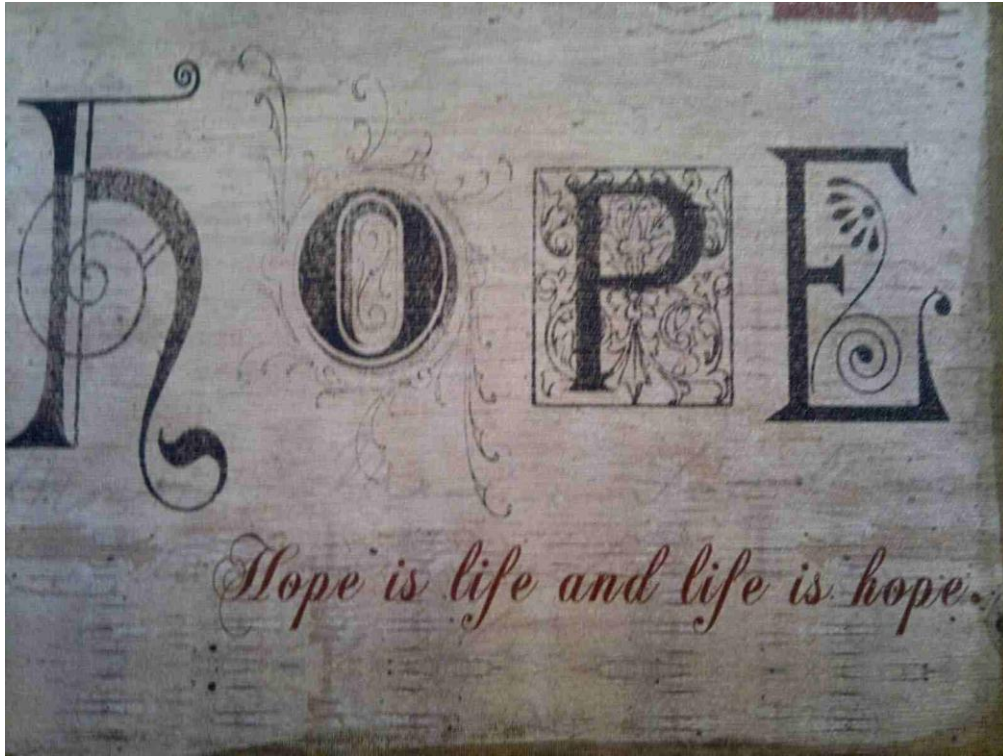


Foto: Privat

Diakonhjemmet Høgskole

10 FUS, Bachelor i sykepleie – deltid

Innlevering 03.10.2013

Antall ord: 10963

Kandidatnr: 103

Sammendrag

Tittel: Håp og rehabilitering til akutt tetraplegiske pasienter.

Problemstilling: Hva betyr håp for akutt tetraplegiske pasienter i rehabiliteringsfasen, og hva kan sykepleier bidra med for at de skal bevare håpet.

Formål: Jeg ønsker å finne ut hvordan jeg som sykepleier kan bidra til at pasienten utfører rehabiliteringen, bevarer håpet samt oppnår målene han har satt seg.

Bakgrunn: Oppgaven har til hensikt å belyse situasjonen under rehabiliteringen til en pasient som har vært utsatt for en traumatisk ulykke hvor utfallet har blitt komplett tetraplegi.

Metode: Jeg valgte litteraturstudie som metode.

Konklusjon: Både teori og funn viser at håpet hos pasienter er helt avgjørende i forhold til rehabiliteringsprosessen og hva slags livskvalitet hver enkelt får. Sykepleiers rolle er vesentlig når det gjelder trygghet, støtte og motivasjon. Det kreves at sykepleier har evnen til å lytte og kommunisere, samt viktigheten av en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunnen for tema og problemstilling	5
1.2 Redegjørelse for førforståelse	6
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen	7
1.4 Definisjon av sentrale begreper	8
1.5 Formålet med oppgaven.....	8
1.6 Oppgavens disposisjon	9
2.0 Teori	10
2.1 Kortfattet fakta om tetraplegi	10
2.2 Fysiske og psykiske konsekvenser for pasienter med tetraplegi	11
2.3 Hva er rehabilitering	12
2.3.1 Pasientens deltagelse i egen rehabilitering	12
2.3.2 Sykepleiers verdigrunnlag i forhold til rehabilitering.....	13
2.4 Pasientens opplevelse av mestring og eget selvbylde	14
2.5 Håp.....	15
2.6 Motivasjon	17
2.7 Definisjon av sykepleie i lys av Travelbee	17
2.8 Kort om Dorothea Orems sykepleiemodell	20
3.0 Metode.....	22
3.1 Litteraturstudie som metode	22
3.1.1 Hermenuetikk.....	23
3.1.2 Etske overveielser	23
3.2 Litteratursøk.....	23
3.3 Inklusjonskriterier.....	24
3.4 Kildekritikk.....	25
3.4.1 Utvalg.....	25
4.0 Funnt.....	27
4.1 Transkriberingskjema.....	27
4.2 Sammendrag av hovedfunnt i artiklene	32
5.0 Drøft	33
5.1 Sykepleiers rolle i rehabiliteringsfasen.....	33

5.2 Pasientens holdning og deltagelse i egen rehabilitering	34
5.3 Relasjon sykepleier - pasient	36
5.4 Håp og livskvalitet – en sammenheng	37
6.0 Konklusjon	40
7.0 Litteraturliste	42

1.0 Innledning

”Det er noe merkelig med jordskjelv. Vi tar det for gitt at jorden under oss er fast og urokkelig. Vi snakker til og med om å ha fast grunn under føttene. Men så plutselig en dag skjønner vi at det ikke er slik likevel” (Dahl, P. A. 2011:118)

I Norge rammes 70 – 80 personer hvert år av traumatiske ryggmargskader. Årsaken skyldes ofte bilulykker, men andre årsaker er fallulykker, arbeids – og sportsulykker (Lohne, m. fl. 2010).

For de som opplever å få en plutselig ryggmargsskade, er det nærliggende å se for seg psykiske følger i form av akutte og kortsiktige reaksjoner, samt langsiktige utfordringer i forhold til tilpasning og omstilling tilbake til samfunnet. Flere kartleggingsstudier viser en høyere forekomst av depresjon, angst, posttraumatisk stresslidelse og også selvmord i ryggmargsskadepopulasjonen sammenlignet med befolkningen generelt. Det er påvist i studier at 20 – 40 % av akutte ryggmargsskadede lider av depresjon, mens det i befolkningen ellers ligger på mellom 6 – 12 %. Når det gjelder selvmordsraten er den ca fem ganger høyere hos ryggmargsskadede enn ellers i befolkningen, og andre studier viser at ryggmargsskadede rapporterer lavere livskvalitet enn funksjonsfriske (Landsforeningen for Ryggmargsskadde, 2012).

1.1 Bakgrunnen for tema og problemstilling

Bakgrunnen for valg av tema fikk jeg da jeg var i medisinsk praksis. Oppgaven er skrevet ut ifra en praksiserfart hendelse, og caset nedenfor har jeg tatt med for å belyse livssituasjonen til pasienten før og etter ulykken. Jeg mener det er med på å gi ett bedre totalbilde av oppgaven i forhold til min problemstilling. Pasientsituasjonen vil videre bli benyttet i drøftingsdelen. Pasienten er anonymisert.

”Han var alene i bilen på vei hjem fra trening da han plutselig mistet kontroll over bilen. Bilen rullet rundt flere ganger, da den stoppet lå den på taket og han satt fastklemt. Han kjente ingen smerter, men kjente seg omtåket og ble litt stresset over at han ikke klarte å komme seg ut av bilen. Han vet ikke hvor lang tid det tok, men etter hvert var det både ambulanse, politi og brannmenn på stedet som til slutt fikk han løs og over på bære. De satte på han en krage for å stabilisere nakken, han kjente fortsatt ingen smerter. Nå begynte han å bli redd, han lurte på hvorfor han ikke kjente noe? Han spurte de rundt seg om hva som hadde skjedd med han, han

fikk til svar at det hadde skjedd noe med nakken hans, derfor hadde de satt på han en krage, noe mer sa de ikke før ambulansen kjørte av gårde.

Da han våknet etter å ha ligget i kunstig koma i 2 uker, får han beskjed om at han har en komplett luksasjon C5/C6 med total avklemming av medulla. Han ble umiddelbart tetraplegisk på skadestedet. Han skjønnte ikke hva de sa, men han ble forklart at han ikke kom til å kunne gå igjen, og muligens ikke klare å bruke armene sine heller – noen gang. Han tenkte umiddelbart at dette kunne ikke stemme, klart han skulle gå igjen? Han var jo i meget bra fysisk form, og det var en selvfølge for han at han skulle spille fotball med sin 8 år gamle sønn igjen, og gå turer i skogen med kona? Han spurte etter kona og sønnen sin og fikk vite at de hadde vært hos han en gang, men kona ville skåne både seg selv og sønnen og hadde gitt beskjed om at de ikke kom til å komme på besøk flere ganger. Kona tok med seg sønnen og flyttet, hun ønsket ikke ett liv med en mann som var lam fra brystet og ned, det taklet hun bare ikke sa hun. Det var det siste som ble sagt før hun forlot sin mann ved sykesengen for siste gang”.

I medisinsk praksis tilegnet jeg meg mye og ny kunnskap på flere områder; forflytning, sårstell, ernæring og tverrfaglig samarbeid med leger, sosionom, fysioterapeut og ergoterapeut.

Jeg lærte også hvor viktig det er at sykepleier har en god relasjon til pasienten, og at hun ved å snakke med pasienten får innsikt i hvordan han opplever egen situasjon og hva slags håp han har om fremtiden.

På bakgrunn av dette har jeg ett ønske om å tilegne meg kunnskap om hva jeg som kommende sykepleier kan bidra med.

Problemstilling: Hva betyr håp for akutt tetraplegiske pasienter i rehabiliteringsfasen, og hva kan sykepleier bidra med for at de skal bevare håpet.

1.2 Redegjørelse for førforståelse

Jeg anser temaet for min oppgave som veldig relevant i forhold til sykepleiefaget. Sykepleier kan møte tetraplegiske pasienter både ved ett rehabiliteringssenter, men også i andre institusjoner. Hovedfokus for oppgaven vil være pasientens håp for fremtiden, og hva pasienten tenker om egen situasjon. Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienten skal bevare håpet og beholde motivasjonen oppe når han gang på gang møter nye utfordringer. Eksempler

på dette kan være utsagn som: ”Beklager, såret er ikke tilhelet nok til at vi kan starte opptreningen, vi ser an enda fire uker til”, eller: ” Dessverre, du har en crp på 150 grunnet ny infeksjon, ingen trening på deg før den har gått ned, sees om 2 uker”.

Dette er en utfordring i rehabiliteringsprosessen med tetraplegiske pasienter. Grunnet deres immobilitet er de mer utsatt for infeksjoner og komplikasjoner, noe som kan medføre utsettelse av rehabiliteringen, og være med på å bidra til tap av håp og livsmot. Det er sykepleier som i størst grad er hos pasienten, så sykepleierens rolle er avgjørende i rehabiliteringsprosessen. Sykepleieren kan bidra til at pasienten takler psykiske og fysiske utfordringer i forhold til egen rehabilitering.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Etter mange søk i forskjellige databaser fant jeg at det er begrenset utvalg av litteratur og forskning som går direkte på min problemstilling. Derfor har jeg også brukt artikler som omhandler yngre pasienter med tetraplegi, samt artikler som tar for seg livet til pasienter opptil 2 år etter ulykken. Jeg velger å fokusere på komplett tetraplegi, altså en varig lammelse, men har allikevel valgt å ha med en artikkel hvor det er pasienter med inkomplett tetraplegi samt paraplegi da den belyser rehabiliteringsforløpet på en tilfredsstillende måte i forhold til min oppgave.

Det kan være flere årsaker til tetraplegi, andre sykdommer som for eksempel MS, men mitt hovedfokus er på de som har vært fysisk friske helt frem til ett akutt traume resulterer i komplett tetraplegi.

Med tetraplegi er det flere fysiske utfordringer som medfølger, blant annet pasientens sirkulasjon, respirasjon, eliminasjon og faren for decubitus. Grunnet min problemstilling og oppgavens omfang velger jeg og ikke utdype disse, men kun forklare kort hva det er, konsekvensene dette medfører, og hva det medfører av plager og utfordringer for pasienten da det er med på å gi ett totalbilde av pasientens situasjon. Jeg går heller ikke i dybden på begrepet tetraplegi men velger å skrive kortfattet om hva det innebærer. Jeg bruker tetraplegi konsekvent igjennom oppgaven da det er mest benyttet i fagspråket, ikke kvadriplegi.

Jeg tar ikke for meg den akutte fasen, men sentraliserer oppgaven fra oppstart av rehabiliteringen på opptreningssenteret.

1.4 Definisjon av sentrale begreper

Tetraplegi: Total lammelse av alle fire ekstremitetene - det vil si hele kroppen (Lohne, L. m. fl. 2010).

Rehabilitering: De fleste definisjonene er enige i at rehabilitering innebærer systematisk, planmessig arbeid, at fagarbeidet er tverrfaglig organisert. I boken til Wekre og Vardeberg vises det til stortingsmelding nr. 21 (1998 – 99) hvor det står:

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 mogleg funksjons – og meistringsevne, sjølstende og deltaking sosialt og i samfunnet (Conradi og Rand – Hendriksen, 2004: 28).

Håp: Det finnes mange ulike definisjoner om håp, en av Joyce Travelbee`s (1999) definisjoner er at:

Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige (Travelbee, 1999:117).

Mestring: Handler om hvordan hver enkelt person har tro på egen evne til å mestre hverdagen (Bredland, m. fl. 2011).

Livskvalitet: Definisjonen av livskvalitet må betraktes som en subjektiv opplevelse, en persons egenopplevelse av positive og negative sider ved livet. Den helserelevante definisjonen av livskvalitet innebærer både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle dimensjoner (Helse – og omsorgsdepartementet, 1999).

1.5 Formålet med oppgaven

Jeg ønsker å fokusere på hvilken rolle sykepleier har i forhold til pasientens håp og utsikter til et godt liv, etter at livet brått ble snudd på hodet. I en rehabiliteringsprosess for en pasient med tetraplegi kan det praktiske rundt fysisk opptrening og tverrfaglig samarbeid være godt tilrettelagt, mens det ikke eksisterer en god plan for å takle psykiske utfordringer. Jeg ønsker å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til at pasienten bevarer håpet og at han kan se for seg ett godt liv, hva som kan gjøres annerledes, eller gjøres mer av i forhold til pasientens psykiske behov og tankene de har rundt egen situasjon. En bevisstgjøring av sykepleierens rolle og holdning rundt pasientens tanker og fremtidsutsikter.

1.6 Oppgavens disposisjon

I innledningen beskriver jeg hva slags metode jeg har brukt, hvilken bakgrunn jeg har for valg av problemstillingen og hva som gjorde at jeg valgte dette temaet. Definisjoner av forskjellige begreper, avgrensning og presisering av problemstilling samt formålet med oppgaven kommer også innunder innledningen.

Under punktet teori vil jeg presentere det teoretiske rammeverket som ligger til grunn i oppgaven for å belyse min problemstilling. Sykepleieteorien til Joyce Travelbee, og Dorothea Orems egenomsorgsteori er også beskrevet under dette kapitlet.

Under metode er det beskrevet hva slags metode jeg har brukt i min oppgave og hvorfor, samt resultater av mine litteratursøk.

Funnene av mine litteratursøk vil stå under funn, hvor jeg beskriver de forskjellige artiklene jeg har funnet relevante til min problemstilling, samt en kortfattet oppsummering og en begrunnelse for utvalget av artiklene.

I drøftingsdelen av oppgaven diskuterer jeg pasientcaset, praksiserfaring og teori opp i mot de funnene som er gjort ut i fra artiklene.

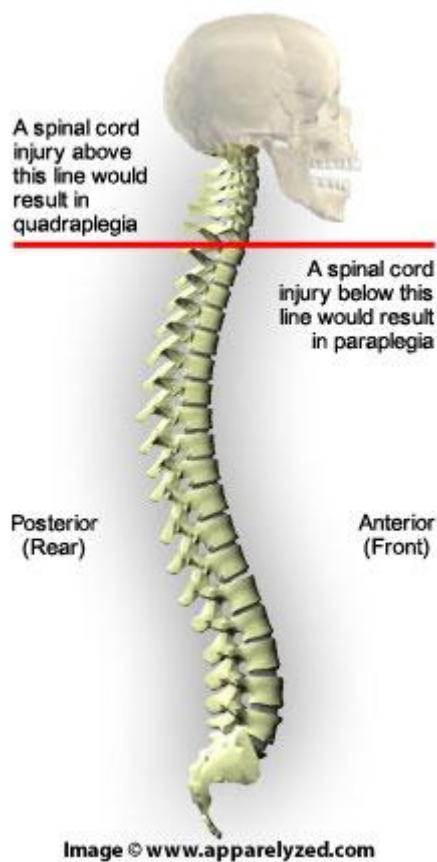
Konklusjonen inneholder en kort oppsummering, samt en begrunnelse på hvordan jeg har besvart min problemstilling.

2.0 Teori

...en teori er en abstrakt forenkling av virkeligheten. (Thomassen, M. 2006: 33).

Her vil jeg presentere teori som skal belyse min problemstilling.

2.1 Kortfattet fakta om tetraplegi



"Ved en komplett skade er ryggmargen (medulla spinalis) helt avrevet, og skaden nedenfor skadestedet er absolutt og varig" (Lohne, V. m. fl. 2010: 209).

Jo høyere ryggmargskaden er, jo mer omfattende er lammelsen. Dersom den aller øverste delen av nakken er skadet, kan det ramme nerver som omfatter respirasjonen og dermed forårsake død. Det er flertall av unge menn som rammes av ryggmargskader (Norsk Helseinformatikk, 2006).

Ved en skade på C5/C6 greier man seg uten respirator, men assistanse er nødvendig i de fleste aktiviteter. Noen kan etter hvert trene seg opp til å bruke skuldrene og albueene samt håndbaken, og bevege seg med elektrisk og manuell rullestol. De kan spise selv, men noen trenger spesialhjelpemidler for å mestre dette (Lohne, V. m. fl. 2010).

Ved en slik skade er man henvist til å bli ivaretatt av andre. Dette kan oppleves som veldig sårbart og medføre at man føler seg spesielt utsatt (Johannessen, K. I. m. fl. 2007).

2.2 Fysiske og psykiske konsekvenser for pasienter med tetraplegi

En tverrsnittskade på C5/C6 fører til parese i urinblæren og endetarmen, noe som medfører at urinblæren må tømmes ved kateterisering, suprapubisk kateter eller permanent kateter.

Tarmen reguleres ved faste tømmedager, men mange velger etter hvert å få utlagt en stomi (Lohne, V. m. fl. 2010).

Pasienter med en komplett tverrsnittlesjon kan få følelsen av hjelpeløshet. Den skaden de har fått kan gi psykososiale konsekvenser som for eksempel angst, depresjon, redusert livsutfoldelse og livskvalitet (ibid).

Seksuelle forstyrrelser er en vanlig utfordring. Det finnes forskjellige typer medikamenter for å få ereksjon, men den største utfordringen er redselen for eventuell urinlekkasje som kan være med på å forstyrre seksualakten (ibid).

Kliniske observasjoner og målinger av vitale tegn daglig de første ukene på rehabiliteringsstedet er helt nødvendig for pasienter med denne type skade (ibid).

Forebygging av hypoventilasjon er viktig grunnet bortfall av funksjonen i intercostalmusklene som fører til dårligere respirasjon. Ved hypoventilasjon kan det også oppstå / medføre atelektaser og fare for pneumoni og sekretstagnasjon (ibid).

Grunnet immobilitet er det veldig viktig at pasienten ligger i en regulerbar seng med trykkavlastende madrass. Dette for å forebygge decubitus (ibid).

2.3 Hva er rehabilitering

Rehabilitering er ikke lenger begrenset til å gjelde kun opptrening av fysisk funksjonssvikt, men også bidra til mest mulig selvstendighet og sosial deltakelse i samfunnet, samt oppnå best mulig resultat ut i fra de ressursene pasienten har (Normann, m. fl. 2009).

Rehabilitering retter seg direkte mot enkeltindividet. Mennesker er forskjellige så innholdet i rehabiliteringen vil variere, men en god rehabilitering vil alltid ha konkret innhold og ta utgangspunktet i hele mennesket og den situasjonen det befinner seg i. Rehabilitering er ett helhetlig tilbud som inneholder alt som er nødvendig for at personen det gjelder skal nå målene sine. Det handler om å bygge broer over brudd som har oppstått og å gjenvinne kontrollen over eget liv igjen. Denne prosessen krever både faglig, menneskelig og praktisk støtte (ibid).

En rehabilitering skal være tidsavgrenset, men det betyr ikke at den ikke lar seg forandre underveis. Det kan oppstå uforutsette utfordringer som gjøre at målene og tiltakene må gjennomgås på nytt i lys av de erfaringene man har gjort, og at det settes en ny tidsramme ut i fra dette. Rehabiliteringsprosessen skal ikke være lenger enn nødvendig, men en slik prosess kan ta tid, uforutsette ting kan skje, og for at pasienten skal ha muligheten til og nå oppsatte mål er det viktig at kravet om tidsbegrensning blir sett på som ett virkemiddel og ikke en begrensning (ibid).

2.3.1 Pasientens deltagelse i egen rehabilitering

”Skulle jeg ønske meg noe, ønsker jeg meg ikke rikdom, ære eller makt; men mulighetenes lidenskap, det øye, som evig ungt og evig brennende ser muligheten” (Dahl, P. A. 2011:84).

Opplevelsen av verdighet vil være svært forskjellig fra individ til individ, det er personen selv som må få være med på å velge hva som er målet for rehabiliteringen, hva som er viktig for akkurat den personen for å skape verdighet og føle deltakelse (Bredland, m. fl. 2011).

Hva slags normer og verdier vi som helsepersonell har skal ikke styre pasientens valg av mål for rehabiliteringen. Ved at pasienten er med på å sette opp egne mål, øker selvbilde og troen på at han fortsatt er noe og opplever kontroll og innvirkning på eget liv. Selvbilde er ikke noe vi har men noe vi får gjennom deltakelse av egen rehabilitering og gjennom samvær og påvirkning fra andre (ibid).

I følge Travelbee (1999) er det helsefremmende å undervise og inkludere pasienten i egen rehabilitering. Det innebærer også å hjelpe mennesket til å finne mening i de selvfornektelsene som pasienten blir oppfordret til for å bevare egen helse.

I rehabiliteringsprosessen er det viktig at pasienten er med på å ta ansvar for egen kropp tilbake. For å oppnå dette er det avgjørende at pasienten er mest mulig selvhjulpen i forhold til egen kapasitet, og at han er klar over og kan utnytte den refleksfunksjonen som fortsatt er tilstedet (Solli, 2010).

Artikkelen til Solli (2012) omhandler ungdom med ryggmargsskade, men jeg finner den veldig relevant til min oppgave da den blant annet har kommet frem til viktigheten av at sykepleier må være reflektert og bevisst sin rolle i møte med pasienter med ryggmargsskader. Den nevner også hvor avgjørende det er at pasienten får nok informasjon rundt egen skade for selv å være deltagende i forebygging av forskjellige komplikasjoner som kan oppstå.

Sue Williams (2008) konkluderer i sin artikkel med at pasientundervisning generelt i sykepleiefaget er viktig, men understreker at i rehabiliteringen hos ryggmargsskadede er det spesielt viktig med hvordan man legger frem informasjonen. Måten informasjonen blir lagt frem på bør være på en måte som pasienten oppfatter som meningsfylt og som gjør at pasienten ønsker å ta en aktiv og ledende rolle i egen tilstand.

For at pasienten skal nå satte mål er han avhengig av at flere bidrar til å oppnå en utvikling i rehabiliteringsprosessen. Dette går ikke av seg selv, det må bevisst styres og det er viktig at alt blir lagt til rette for at pasienten selv har muligheten til å styre egen rehabiliteringsprosess (Normann, m. fl. 2009).

2.3.2 Sykepleiers verdigrunnlag i forhold til rehabilitering

Arbeidsplassen man jobber på har en kultur, en praksis bygd på verdier og normer. Det er viktig at hver enkelt yrkesutøver er bevisst på eget verdigrunnlag, om man lar seg styre eller bli styrt av noe man selv ikke kan stå inne for. Det er uskrevne regler for rutiner og atferd, de kan være gode eller uhensiktsmessige. Det er viktig at sykepleier, eller generelt helsepersonell reflekterer over de verdigrunnlagene som er på arbeidsplassen, om de gir oss gode resultater? Ofte er man opptatt av og bare ”komme i gang” med rehabiliteringen og starter med ulike tiltak før man har funnet ut hva det essensielle i rehabiliteringen er. Dette kan føre til at pasientens behov blir oppfattet forskjellig og kan i verste fall medføre at helsepersonell

motarbeider hverandre, samhandlingen blir vanskelig, tiltakene spriker og man har forskjellige prioriteringer overfor pasienten (Bredland, m. fl. 2011).

All omsorg reflekterer et menneskesyn, noe som er et forsøk på å bestemme hva et menneske er. Menneskesynet vårt er avgjørende for hvordan vi som enkeltindivider tenker og handler i forhold til andre mennesker (Johannessen, K. I. m. fl. 2007).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som Norsk sykepleierforbund har utgitt står det: *”Sykepleieren bidrar til verdibevisthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis”* (2011).

Med dette tenker jeg man kan oppnå felles tanker og bedre samarbeid sykepleiere imellom og også generelt med det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten.

2.4 Pasientens opplevelse av mestring og eget selvbylde

Følelsen av å mestre noe er nært knyttet til selvbylde. Den gode følelsen man får etter å ha strevd hardt for å beherske noe, er med på utviklingen av ett bedre selvbylde. Det kan være vanskelig å ta utfordringer, hvis man mislykkes kan det gå utover den gode følelsen og selvbylde, så det er lett å unngå utfordringer på bakgrunn av dette (Bredland, m. fl. 2011).

Under rehabiliteringen er det viktig å finne tiltak som er med på å bygge opp selvbylde til pasienten, det må gi utfordringer men samtidig være oppnåelige tiltak så pasienten har muligheten til å mestre de (ibid).

For at pasienten skal oppleve mestring, er han avhengig av en tillit i forhold til at situasjonen til en viss grad vil bli under kontroll. Her kan sykepleier bidra på forskjellige måter, blant annet være den som ordner alt det praktiske, lytter, være en god samtalepartner, og en som kan komme med realistiske mål om hva som kan oppnås innenfor en viss tidsramme. Rett etter en ulykke skjer ofte mestringen ved hjelp av automatiske forsvarsmekanismer da pasienten er i en sjokkfase hvor det er følelsesmessig kaos. Når pasienten er ute av sjokkfasen og følelsene er mer stabile, vil han få en mer oversikt over situasjonen, og troen på egen mestring på det psykiske og fysiske plan vil bli styrket, og håpet om noe annet vil igjen komme frem (Eide og Eide, 2007).

Nils Arne Eggen sier at: *”Alle mennesker har ressurser og muligheter. Men på grunn av dårlig selvbilde er det ikke alle som får brukt og utviklet det potensialet de har”* (i følge Bredland, m. fl. 2011: 112).

Utfordringen vår som sykepleiere er å forstå pasientens selvbilde og mulighetene for mestring. Det er svært viktig at sykepleier har nok faglig og menneskelig innsikt i forhold til pasientens faktiske muligheter til mestring (ibid).

2.5 Håp

Det står i boken Helt – ikke stykkevis og delt (2012), at filosofen Gabriel Marcel sier: *”Håpet er det stoff vårt liv er laget av. Det kan være ille medtatt og tilredt, men ligger likevel i sjelens kjerne og kan bare utryddes sammen med livet selv”* (Hummelvoll 2012:43).

For at sykepleiens mål og retning skal være ett felles utgangspunkt, er det en forutsetning å få tak i pasientens håp og ønsker. For mange er håp noe som er veldig personlig, noe man ikke forteller til hvem som helst fordi man da er redd for at det skal oppfattes som urealistisk. Alternative forslag til pasienten i forhold til realistiske håp kan være nødvendig, men også en utfordring i forhold til om pasienten vil godta dette uten å frata de håpet (Hummelvoll, 2012).

For og lettere kunne få tak i pasientens håp for fremtiden finnes det en rekke ulike kartlegginsskjemaer en kan benytte. Et av spørreskjemaene som viser seg å være hyppig anvendt blant akutt syke pasienter er Herths Håpsindeks fra 1992 (i følge Rustøen, 2001:75) som er utarbeidet på bakgrunn av Herths Håpsskala. Den har kun 12 utsagn og ett eksempel er: *”Jeg ser positivt på livet; jeg har en indre styrke; jeg har en følelse av retningen i livet mitt”*. Dette utsagnet skal besvares ved hjelp av en Likert – skala fra 1 – 4, hvor 1 er helt uenig og 4 er helt enig.

Håp innebærer blant annet noe å se frem til, som å utføre aktiviteter som utfordrer mestringsevnen. Det kan gi pasienten bedre livsutfoldelse og kan være med på å gi opplevelse av håp i den tilværelsen de er i (Lohne, V. m. fl. 2010).

Det står i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) punkt 2.2: *”Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten”*.

Det er gjort mange studier som viser at opplevelsen av håp er avgjørende i forhold til hvordan mennesker takler den nye livssituasjonen de har kommet i. Håp bidrar til økt livskvalitet og

kan ha en direkte innvirkning på overlevelse ved en alvorlig krise (Kristoffersen og Breievne, 2005). *Hva et menneskes håp helt konkret er knyttet til, er avhengig av den enkelte personen og livssituasjonen* (Kristoffersen og Breievne, 2005: 177).

Det som er felles for alle i en slik situasjon er at pasientene, og også pårørende i de tilfellene hvor de er involverte, er avhengig av nærvær og respekt fra sykepleier for å få hjelp til å finne ut hvor de kan finne sine håp (Kristoffersen og Breievne, 2005). Joyce Travelbee understreker betydningen av håp når hun karakteriserer håpet som en motiverende impuls, noe som gir den syke energi til å overvinne hindringer og bruker kreftene i de mest utfordrende oppgavene i rehabiliteringsprosessen (ibid).

For å klargjøre hva fenomenet håp innebærer, er det blant annet begreper som forventning, tillit, motivasjon, ressurser og mental kraft. Det som gjenspeiler seg og står sentralt i ett menneskes håp, virker som er en tiltro til at man kan mestre vanskelighetene man møter og har en positiv forventning til at dette skal man klare. Håpet er med på å gi menneske pågangsmot, styrke, en tro på morgendagen, og håp er helt nødvendig for at menneske skal føle at livet er godt og meningsfylt her og nå (ibid).

Vi er forskjellige individer, og hvert individ må finne sin kilde til håp. Kilden relateres til den enkeltes personlige verdier og dette utfordrer pasienten til å ha fokus på muligheter i stedet for begrensninger (ibid).

Sykepleiers helt konkrete oppgave er å hjelpe pasienten til å bevare håpet selv i den tøffeste motgang, aldri bidra til å frata håpet hos pasienten. Selv om virkelighetsforståelsen er ulik hos sykepleier og pasient er det sykepleiers oppgave å vise respekt for håpets betydning hos pasienten, være ydmyk nok til å se at det er ingen som kjenner sannheten om et annet menneskes liv (Kristoffersen og Breievne, 2005).

I følge Lohne (2006) er det ikke tvil om at håp er det som får pasientene til se fremover og som gir de styrke til å takle den nye livssituasjonen.

Begrepet håp forbinder nåtid med fremtid, og innebærer positive forventninger til hva som er mulig å oppnå på kort eller lang sikt. Det er ikke dermed sagt at problemene løses, men at man har tro på at fremtiden vil bringe noe meningsfylt med seg (Eide og Eide, 2007).

I følge Kristoffersen, m. fl. (2005) står begrepet håp sentralt knyttet til sykepleiers mål og hensikt hos Travelbee. Hun mener sykepleier kan hjelpe menneske å mestre lidelsen ved å

understøtte håpet hos de som lider. Travelbee sier at hvis du har mistet håpet har du også mistet troen på at du har noen mulighet til å forandre og bedre egen livssituasjon.

2.6 Motivasjon

Etter en traumatisk ulykke hvor utfallet er en komplett tetraplegi, gjennomgår det en omfattende psykisk prosess en lang stund fremover. Denne prosessen inneholder blant annet sjokk, sorg, krise og også en ny tilpasning til en ny livssituasjon. Denne prosessen blir taklet på forskjellige måter, blant annet i forhold til kjønn og alder (Lohne, V. m. fl. 2010).

Etter en stund går det opp for pasienten hva som har skjedd med han, da er det vanlig å prøve å flykte fra realiteten, dette ved at han da setter seg urealistiske mål som for eksempel at han skal opp å gå om seks måneder. Det er i slike situasjoner viktig at sykepleier ikke bryter ned hans avvergsreaksjon da det er helt nødvendig for han, men heller prøve å få han til å holde fokus på her – og – nå situasjon. Det er sykepleiers rolle og vise til pasienten med ord og handling at det er håp om en meningsfylt framtid for han (ibid).

Manglende motivasjon i en rehabiliteringsprosess er ikke nødvendigvis et problem med pasienten, det kan være at sykepleier har dårlige erfaringer eller manglende forståelse fra omgivelsene. På denne måten kan sykepleier ubevisst være med på å frata motivasjonen til pasienten eller på den måten feilbedømme pasienten og si han er lite motivert. At pasienten har en sykepleier eller en annen samtalepartner som ikke trekker for raske slutninger om manglende motivasjon og eventuelt årsaken til det er veldig viktig, og at de heller sammen kommer frem til ulike alternativer som kan ligge som grunn. Det som i hovedsak er sykepleiers oppgave er å synliggjøre for pasienten både muligheter og begrensninger, og å gi nok informasjon rundt det (Normann m. fl. 2009).

2.7 Definisjon av sykepleie i lys av Travelbee

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999:29).

Direkte eller indirekte dreier det seg om mennesker, det er derfor alltid en ”mellommenneskelig prosess” (Travelbee, 1999). Sykdom og lidelse kan ikke alltid

forebygges, og det er sykepleiers funksjon alltid å hjelpe hvert individ til å mestre dette når utfordringene kommer (ibid).

Terapeutisk bruk av seg selv har en sentral plass i Travelbees sykepleietenkning (ifølge Kristoffersen, m. fl. 2005). Hun er også opptatt av at alle mennesker er helt unike, hvert menneske er enestående og uerstattelig, og når ett menneske erfarer en lidelse har vi evnen til å søke etter en mening i lidelsen (ibid). Ved at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, bruker hun bevisst egne kunnskaper og sin personlighet for å påvirke til en forandring hos den syke. Blir vedkommendes plager lindret, betraktes dette som terapeutisk (Travelbee, 1999).

Sykepleiedefinisjonen til Travelbee bygger på ett eksistensialistisk menneskesyn – alle møter på lidelse og smerte i løpet av livet, og sykepleie i lys av dette går på å hjelpe den lidende til å finne en mening i det som skjer (i følge Kristoffersen, m. fl. 2005).

For å kunne møte pasienten, bidra til at han skal se en mening i lidelsen og å bevare håpet, er det helt essensielt å sette av tid til samtaler med pasienten. På denne måten får man vite nøyaktig hvordan akkurat *han* har det, som den unike personen han er. Sykepleier skal ikke gi pasienten urealistiske forhåpninger, men vise støtte og forståelse, og å være der og understøtte et realistisk håp (ibid).

Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke ved å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp (Travelbee, 1999:123).

Det er flere måter å oppleve lidelse på, enten at man står i fare for å miste noe, eller mister det som betyr noe. Lidelse er knyttet opp mot det mentale og følelsesmessige ubehaget, og også i forhold til tap av funksjoner og evnen til å være selvstendig (i følge Kristoffersen, m. fl. 2005).

Pasienten i oppgaven har mistet mye og opplever lidelse på flere plan, både i forhold til det mentale, tap av funksjoner og evnen til å være selvstendig. Opplevelsen av å bli liggende naken under stell eller at mat og drikke gis uten varsomhet er med på å forsterke lidelsen.

Travelbee (1999) mener at det kan være en utfordring å finne en mening i og akseptere lidelse når en selv utsetter for det, og at måten man har taklet lidelse på tidligere i livet er helt avgjørende for hvordan man mestrer lidelse senere.

For at sykepleier skal kunne være med å bidra til at pasienten når målet – bidra til å lindre lidelsen og bevare håpet, er det helt nødvendig at sykepleier tar seg tid til å snakke med og bli kjent med pasienten for å kunne møte han for den *han* er. Hva som er viktig for han, og hvilken holdning han har til egen livssituasjon, er spørsmål sykepleier får svar på ved å vektlegge kommunikasjon og å etablere ett menneske- til – menneske forhold (i følge Kristoffersen, m. fl. 2005).

Menneske – til – menneske – forholdet er en gjensidig prosess hvor både sykepleier og pasient bygger opp forholdet gjennom de ulike fasene, en erfaring som er betyr mye for begge parter. Det er sykepleiers ansvar å etablere og opprettholde forholdet. Sykepleier og pasient oppfatter hverandre som det unike individet de er, ikke bare som ”et rom – nummer” eller ”en av sykepleierne”. Det blir ett gjensidig forhold mellom sykepleier og pasient i prosessen frem mot et menneske – til – menneske – forhold, hvor posisjoner og status overskrides. De er begge observatører overfor hverandre, og alt samvær med pasienten er for sykepleieren en mulig anledning til læring (Travelbee, 1999).

Sykepleier må ha kunnskap og fakta rundt sykdomshistorien til pasienten, ferdighet i kommunikasjon og samhandling og teoretisk forståelse for pasientens situasjon. Disse verktøyene blir benyttet i samtale med pasienten slik at sykepleier blir kjent med pasienten, og på denne måten får bidratt til å hjelpe pasienten best mulig (i følge Kristoffersen, m. fl. 2005).

I lys av Travelbees sykepleiefilosofi hvor du bruker deg selv som terapeutisk sykepleier, er det ikke dine behov og interesser som er i fokus, men hva som er til det beste for pasienten. Det er nødvendig at sykepleier har selvinnsikt, slik at samtaler med pasienten går ut på hva som opptar han og hans behov. Ved å ha gode samtaler med pasienten slik at sykepleier blir kjent med pasienten som person, føler også pasienten at han blir sett, at du som sykepleier faktisk bryr deg om hvordan han har, noe som er med på å innvirke positivt på hans tilstand. Ved at sykepleier har empatisk innlevelse er det lettere å sette seg inn i akkurat *den* pasientens tanker og følelser, uten og involvere sitt eget *selv* (ibid).

Gjennom prosessen pasienten og sykepleier er i gjennom, opparbeider de en relasjon til hverandre som gjør at pasienten får tillit og stoler på sykepleier, og sykepleier forplikter seg til og ikke å skuffe pasienten. Ved at pasienten føler at sykepleier er der for han, viser empati og sympati, påvirker dette han på en positiv måte både fysisk og psykisk, og kan bidra til å lindre hans lidelse og også føre til at han opplever å mestre sin egen livssituasjon på en bedre måte (ibid).

2.8 Kort om Dorothea Orems sykepleiemodell

Orem sine terapeutiske egenomsorgskrav beskriver handlinger som blir utført av pasienten selv, eller noe som andre må utføre for han. Det er helt nødvendig at disse handlingene blir utført, dette for å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære (i følge Kristoffersen, m. fl. 2005).

Pasienter med en komplett tetraplegi er helt avhengig av hjelp for å få dekket grunnleggende behov.

I grunnleggende behov beskriver Orem de 8 universelle egenomsorgsbehovene som er felles for alle mennesker og som må tilpasses i forhold til hvilket stadie man er i i livet. De innebærer å få tilstrekkelig med luft, vann og mat, ivareta tiltak i forhold til eliminasjon, opprettholde balansen mellom aktivitet og hvile, balansen mellom å være alene og å ha sosial kontakt, motvirke farer som truer liv, funksjon og velvære, og å fremme normalitet (i følge Kristoffersen, m. fl. 2005).

For å få en oversikt over pasientens egenomsorgskapasitet må sykepleier kartlegge hvilke egenomsorgsbehov pasienten ikke mestrer å dekke. Ut i fra dette må man avgjøre hvordan disse behovene skal ivaretas, og hva som bør gjøres for at pasienten skal få dekket egenomsorgsbehovene. Pasientens egenomsorgskapasitet blir vurdert i forhold til hva pasienten selv kan bidra med for å ivareta egenomsorgsbehovet (ibid).

Orem er opptatt av å etablere ett menneske – til – menneske forhold mellom pasient og sykepleier for at sykepleier skal være til hjelp for pasienten, samtidig som hun understreker at det ikke er ett mål i seg selv, da målet er å identifisere og dekke pasientens egenomsorgsbehov (ibid). Det er fem hjelpemetoder Orem beskriver som sykepleier kan bruke for å møte pasientens terapeutiske egenomsorgskrav:

- Å gjøre noe eller handle for en annen
- Å veilede og rettlede en annen
- Å sørge for fysisk og psykisk støtte
- Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling
- Å undervise

I flere tilfeller kan det være nødvendig å ta i bruk alle metodene ovenfor, men disse kan sykepleier endre underveis hvis pasientens tilstand forandrer seg (ibid).

Orems helt kompensierende system går ut på at sykepleieren både utfører og overtar pasientens egenomsorg (Cavanagh, 2001).

Når det gjelder tetraplegiske pasienter i rehabiliteringsfasen, tenker jeg at Orems helt kompensierende system, hvor sykepleier kompensere for pasientens ressurssvikt, kombinert med hennes støttende og undervisende system hvor pasienten har muligheten til å utvikle enkelte ressurser samt å finne en annen måte å dekke sine egenomsorgsbehov, vil fungere tilfredsstillende for pasienten i en slik situasjon.

3.0 Metode

Valg av metode er avgjørende i forhold til hvordan man på best mulig måte skal kunne besvare problemstillingen i oppgaven. Metoden gir oss en veiledning på hvordan man skal fremskaffe kunnskapen og gi oss gode data som gir grunnlaget for at vi skal kunne belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2012).

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en systematisk metode som skal bidra til å skape innsikt i eksisterende kunnskap på et område. Det skal begrunnes hvordan oppgaven utføres, problemstillingen skal besvares, søkestrategien skal forklares og man skal velge ut vitenskapelige artikler som skal omhandle problemstillingen. En kritisk vurdering av materialet man skal benytte seg av i oppgaven er nødvendig, samt en analyse av valgte materiale. Ut i fra den teorien som er benyttet skal man bruke den i en diskusjon opp i mot valgte artikler (Fredriksen og Beedholm, 2012). Avslutningsvis kommer en konklusjon som skal fortelle hva vi har fått vite om problemstillingen (Dalland, 2012).

Det har vært en utfordring å finne relevant forskning opp mot min problemstilling. Jeg har benyttet meg av skolens bibliotekarer, og etter flere dager og mange timer klarte vi sammen å finne noen artikler jeg følte kunne belyse temaet i min oppgave.

Artiklene som er brukt i oppgaven er både kvalitative og kvantitative.

Kvalitativ metode har som hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2012). Hermeneutisk teori oppfattes som den vitenskapsfilosofiske begrunnelsen for kvalitative metoder, som betraktes som en forundersøkelse til mer kontrollerte studier (Thomassen, 2006). I følge Thomassen (2006) påpeker Harder at det er bruken av kvalitative metoder som viser forskerens egen forståelse og mening når det gjelder hendelser knyttet til ett fenomen som er under utforskning.

Kvantitativ metode gir data basert på målbare enheter (Dalland, 2012). Når man skal lese og ta en vurdering av kvantitative forskningsartikler, er det nødvendig med både en metode – og en tallforståelse. Hvis man ikke innehar denne kompetansen kan det være vanskelig å avgjøre resultatene man får, om de er til å stole på (Brurberg, 2013).

3.1.1 Hermeneutikk

Ordet hermeneutikk har blitt forstått som en fortolkningskunst eller en fortolkningssteknikk (Austgard, 2004). I følge Thomassen (2006) blir H. G. Gadamer regnet som vår tids mest sentrale hermeneutiske teoretiker. Den har forløp som tolkningspraksis og lære om fortolkning av tekster tilbake til antikken, men den har utviklet seg de senere år.

Den tyske filosofen F. D. E. Schleiermacher mener fortolkningskunsten er like påkrevd i forhold til gjensidig forståelse i dagligdagse samtaler som i skrevne tekster. På denne måten vil derfor den hermeneutiske oppgaven være universell. Språket er utgangspunktet for all fortolkning og forståelse, det lar seg ikke gjøre at alle lager sitt eget språk. I en fortolkning må man forholde seg til både det subjektive og det objektive, begge momentene er avgjørende å forstå. Ved å fortolke samtidig som man reflekterer over det man gjør, samt analysere mulighetene for forståelse, var hans mening å utvikle hermeneutikken – kunsten å forstå (i følge Thomassen, 2006).

3.1.2 Etske overveielser

Man må utvise forsiktighet i forhold til sensitive opplysninger, det er strenge krav for hvordan de skal håndteres (Dalland, 2012).

Da min oppgave er en praksiserfart hendelse er det av stor betydning at jeg klarer å avidentifisere pasienten. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) punkt 2.6 står det: ”*Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger*”.

3.2 Litteratursøk

Cinahl viste seg å være databasen hvor jeg fant mest relevant forskning i forhold til min problemstilling. Jeg gjorde også søk i sykepleien.no, Tidsskrift for den norske lægeforening, forskning.no, British medical journal, Pubmed og Ovi nursing.

Jeg startet med søkeordene hope – and quadriplegia – and traumatic, det ga 4 resultater hvorav 1 var med locked – in – syndrom, 2 angående cronic spinal cord injury og en artikkel fra 1998 angående MS, altså ingen funn jeg kunne benytte etter dette søket.

Jeg begrenset søket til å gjelde fra 2002 og startet nytt søk med ordene quadriplegia and accident and hope. Dette gav ingen resultater. Jeg byttet ut quadriplegia med tetraplegia – and

hope – and rehabilitation, da ble det 1 resultat i forhold til rehabilitering etter operasjon ”upper limb” – ikke relevant for oppgaven.

Neste søk var quadriplegia – and rehabilitation – and future. Det gav 1 resultat av en studie som har pågått i over 50 år angående dødelighet hos pasienter med ryggmargsskade.

Interessant artikkel men ikke til bruk i denne oppgaven.

Neste søk var spinal cord injuries – and traumatic – and hope med 1 resultat hvorav hovedfokuset i artikkelen var sekundær sykdommene til en med kronisk ryggmargsskade.

Jeg fortsatte med spinal cord injuries – and hope – and rehabilitation. Her fikk jeg 6 treff, hvor 4 var aktuelle i forhold til mine kriterier. Jeg gjorde 2 søk til; quadriplegia – and quality of life – and hope hvor det var 2 treff, de samme som jeg fikk ved forrige søk, jeg valgte da å søke på quality of life – and hope – and spinal cord injury; 3 treff, de samme som kom opp da resultatet ble 6 treff.

Ut i fra dette hadde 4 av artiklene relevans til mitt tema. 3 av artiklene er kvalitative artikler hvor det er kombinasjon av intervju og observasjoner av deltagerne i prosjektet, og 1 kvantitativ review artikkel basert på 48 empiriske studier i England. Jeg har også valgt å ta med 1 artikkel fra Sygeplejersken / Danish Journal of Nursing.

3.3 Inklusjonskriterier

Kriteriene jeg hadde for valg av artikler som ville være med på å belyse min problemstilling:

- ikke eldre enn 10 år
- skulle omhandle mennesker som ble akutt tetraplegiske, ikke pasienter som har blitt tetraplegiske på grunn av en bakenforliggende sykdom
- artikkelen måtte være på engelsk eller skandinavisk språk
- artikkelen måtte kunne leses i sin helhet

3.4 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) er det å utøve kildekritikk og vurdere å karakterisere den litteraturen som er benyttet i oppgaven. Dette for at leseren skal ha muligheten til å ta del i refleksjonene som er gjort underveis og hva slags relevans den har for å belyse problemstillingen.

Når det gjelder tilgang til litteratur er det ett bredt spekter av forskning og teori rundt rehabilitering, håp og motivasjon, men den eksakte kombinasjonen av min spesifikke problemstilling fantes det lite på.

Jeg har basert oppgaven min på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsbasert kunnskap jeg føler er med på å sette fokus på min problemstilling. Når det gjelder artikler jeg har benyttet i min funndel var det få å velge imellom, det er ingen av artiklene som besvarer min problemstilling alene, men jeg føler at det samlede utvalget viser bredde og god kunnskap rundt mitt tema. To av de benyttede artiklene er basert på samme doktorgradsavhandling. Jeg kan stille meg spørsmålet om mine søk har vært godt nok organisert, og hvorvidt det kan argumenteres for er en svakhet i min oppgave. En av mine inklusjonskriterier var at artikkelen måtte kunne leses i fulltekst, dette kan ha medført at jeg har gått glipp av flere relevante artikler.

Cinahl var den databasen jeg fant flest artikler og jeg regner den som pålitelig. Jeg har også benyttet meg av ABC om ryggmargsskade for helsepersonell, og med tanke på de som har vært med å bidra til den boken anser jeg den som en pålitelig kilde.

Jeg har hovedsakelig basert meg på primærkilde.

Jeg har valgt å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee på grunn av hennes teori om mestring, motivasjon og håp, og også på grunn av hennes teori om mellommenneskelige relasjoner. Da oppgaven omhandler pasienter med tetraplegi ønsker jeg også å benytte Dorothea Orem og hennes helt kompensierende system hvor sykepleierens rolle og funksjon kommer godt frem. Jeg føler at kombinasjonen av disse utgjør en helhet og er dekkende i forhold til min problemstilling.

3.4.1 Utvalg

Lohne, V. og Severinsson, E. (2003): Innholdet er rettet direkte opp mot min problemstilling.

Pellatt, G. C. (2003): Denne belyser det brede spekteret av utfordringer sykepleier har på en rehabiliteringsavdeling, finner den aktuell da oppgaven er rettet mot nettopp hva som er sykepleiers rolle.

Angel, S. (2009): Artikkelen er relevant for oppgaven da den belyser viktigheten av håp kontra håpløshet.

Angel, S. m. fl. (2010): Artikkelen peker mot min problemstilling, da studien følger pasienter over en 2 – års periode, hvor sykepleiers påvirkning og relasjon sykepleier / pasient blir belyst.

Leeuwen, CMC van, m. fl. (2011): Denne artikkelen er inkludert da den belyser forholdet mellom de psykologiske faktorene og livskvaliteten hos pasientene, noe som er relevant i min oppgave.

4.0 Funn

Artiklene jeg har benyttet bygger både på kvalitativ og kvantitativ forskning. Nedenfor vil jeg presentere mine artikler i form av transkriberingsskjema.

4.1 Transkriberingsskjema

<i>Hope during the first months after acute spinal cord injury. Lohne, V. og Severinsson, E. (2003).</i>			
Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat/Funn
I følge generell litteratur om håp, har mennesker som er fylt med håp ett mere positivt liv enn de som opplever håpløshet. Håp blir assosiert med helse og velvære.	Dette er en kvalitativ studie. Det ble innsamlet data ved personlige intervjuer ved en institusjon i Norge. Det ble benyttet en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming for å få innblikk i pasientenes opplevelser.	Det var 10 pasienter ved institusjonen i Norge som deltok i studien som gikk over 6 uker.	Alle pasientene opplevde håp, selv om det var opp – og – ned – turer, men hver minste forbedring bidro til å bevare håpet. Prosessen om håp var fremtidsrettet. Sykepleierne må ha kunnskap for å klare å gi pasientene håp, få de til å bruke energien sin riktig ved å se forbi den situasjonen de er i nå og være målrettet og tenke fremover. Pasientene var avhengig av hjelp fra sykepleier for å finne og bevare håpet.

Perceptions of the nursing role in spinal cord injury. Pellatt, G. C. (2003).

Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat/Funn
Hvordan sykepleiere og pasienter oppfatter sykepleiers rolle på ett rehabiliteringssenter for ryggmargsskadede.	Kvalitativ litteraturstudie. Denne artikkelen presenterer noen funn fra en større pågående etnografisk forskningsstudie.	Det er 14 sykepleiere og 14 pasienter med i studien. 3 av pasientene bor hjemme mens 11 fortsatt befinner seg i en rehabiliterings – institusjon. 54 artikler er inkludert.	*Sykepleierne finner det utfordrende å gå rett fra omsorgsfilosofi og over til rehabiliteringsfilosofi. Sykepleiernes rolle må utvikles på en måte som gir pasientene myndiggjøring. *Pasientene ser ikke nødvendigvis sykepleieintervensjon som en del av rehabiliteringen. Pasientene verdsetter sykepleiernes støtte når det gjelder det emosjonelle og det fysiske.

The fight for a meaningful life. Angel, S. (2009).

Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat/Funn
Hvordan kjempe for et liv som er verdt å leve etter en traumatisk ryggmargsskade. Prosessen mot ett meningsfylt liv. Hvordan klarer ett menneske å finne en mening i det lange rehabiliteringsforløpet.	Studien er basert på narrativer fra Ricouer`s fenomenologisk – hermeneutisk teori. Data ble samlet inn fra felt – observasjon og 6 - 7 intervjuer pr pasient.	Seks menn og seks kvinner i alderen 17 – 70 år som ble med i studie fra 4 til 10 uker etter ulykken som medførte at de fikk en ryggmargsskade.	Hovedbudskapet er at ryggmargsskadede pasienter opplever rehabiliteringen som en kamp i seks faser: 1: Overleve fysisk og gjenfinne livskraft 2: Se en mulig fremtid 3: Trening med fremskritt fremmer pågangsmot 4: oppleve at mulighetene innsnevres 5: Utnytte de begrensede mulighetene 6: Å vite om de begrensede muligheters verdi. Sykepleiers rolle er vesentlig, og studiet viser tydelig hvor avgjørende pasientens eget syn på situasjonen og livet er for rehabiliteringen.

Rehabilitation after spinal cord injury and the influence of the professional's support (or lack thereof). Angel, S. m. fl. (2010).

Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat/Funn
Finne ut hvordan pasienter med ryggmargsskade kjemper med rehabiliteringen, og hva slags påvirkning helsepersonellet har på pasientene i denne prosessen.	Fenomenologisk – hermeneutisk studie, hvor 12 dansk – pasientene blir observert 7 – 12 ganger og intervjuet 6 – 7 ganger over en periode på 2 år. Spørsmålene som ble stilt under intervjuene var basert på bakgrunn av felt – observasjonene. Det er benyttet en narrativ tilnærming av Ricoeur.	12 dansk – talende pasienter, 6 menn og 6 kvinner.	Relasjonen mellom pasient og profesjon er avgjørende for en vellykket rehabilitering. De fant tre alternativer blant pasientene: 1: Pasienten kjempet med seg selv sammen med profesjonen. 2: Pasienten ble uenig med profesjonen, dårlig samarbeid, og kjempet da mot seg selv og profesjonen. 3: Pasienten gikk egne veier, eller pasienten undertrykte seg selv ved å tilpasse seg profesjonen. Pasienten vil uansett føle at den er overlatt til seg selv.

Assosiation between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review. Leeuwen, CMC van, m. fl. (2011).

Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat/Funn
Få en oversikt over litteratur angående forholdet mellom psykologiske faktorer og livskvalitet til personer med ryggmargsskade.	Systematisk litteraturstudie, inneholder kun kvantitativ data, begrenset til empiriske studier publisert i England	48 studier er benyttet.	<p>Psykologiske faktorer har en betydelig rolle for personer med ryggmargsskade i forhold til livskvalitet.</p> <p>At pasientene føler de har tatt tilbake kontrollen over eget liv, økt selvbilde, har ett håp og ser meningen med livet er avgjørende for deres livskvalitet.</p> <p>Profesjonene kan bidra til at pasientene ser at de er verdifulle personer som har kontroll over eget liv, at det er håndterbart og meningsfylt.</p>

4.2 Sammendrag av hovedfunn i artiklene

- Sykepleier har en betydelig rolle i rehabiliteringsfasen for pasienten (Lohne og Severinsson 2003, Pellatt 2003, Angel 2009, Angel, m. fl. 2010, Leeuwen, m. fl. 2011)
- Sykepleiers rolle kan være vanskelig å definere på en rehabiliteringsavdeling da de fungerer som pasientens mentor, støtte, motivator, samt deltar i det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Dette kan være utfordrende for både pasient og sykepleier, så en klargjøring og spesifisering av den eksplisitte rollen til sykepleier er ønskelig (Pellatt, 2003).
- God relasjon mellom sykepleier og pasient er vesentlig for å oppnå gode resultater (Lohne og Severinsson, 2003, Pellatt, 2003, Angel, 2009, Angel, m. fl. 2010, Leeuwen, m. fl. 2011).
- Pasientens egen holdning og innstilling til rehabiliteringen er viktig. Det er nødvendig at pasienten har ett håp, ønske om noe i fremtiden, ser for seg ett liv med god livskvalitet (Lohne og Severinsson 2003, Angel 2009, Leeuwen, m. fl. 2011).
- Håp er helt essensielt for at pasienten skal få motivasjon og opprettholde målene som er satt (Lohne og Severinsson 2003, Angel 2009, Leeuwen, m. fl. 2011).

Mye tyder på at sykepleiers rolle i rehabilitering, relasjonen mellom sykepleier og pasient, pasientens egen holdning til rehabilitering og betydningen av håp er gjentakende i artiklene.

5.0 Drøft

Det er gjennom drøfting man skal vise hva man har tilegnet seg av kunnskap gjennom oppgaven, belyse sammenhengen mellom den kunnskapen og den kunnskapen som allerede eksisterer på området (Dalland, 2012).

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i punktene fra sammendraget i drøftingsdelen. Jeg skal drøfte teorien opp i mot erfaringer fra praksis, caset, samt de funn jeg har gjort og egen forståelse av temaet, dette for å besvare min problemstilling: Hva betyr håp for akutt tetraplegiske pasienter i rehabiliteringsfasen, og hva kan sykepleier bidra med for at de skal bevare håpet.

5.1 Sykepleiers rolle i rehabiliteringsfasen

Pellatt (2003) skriver i sin artikkel at sykepleierne finner det utfordrende hvordan de jobber i en rehabiliteringsavdeling. De fungerer som pasientens mentor, motivator og sørger for alt det kliniske ved pasienten. Det å gå fra omsorgsfilosofi rett over til rehabiliteringsfilosofi kan være utfordrende. Sett fra pasientens øyne er sykepleiers rolle så lite eksplisitt at de sjelden tenker sykepleier som en del av rehabiliteringsteamet, men som en person de verdsetter når det gjelder blant annet emosjonell støtte. Sykepleieintervensjonene er ikke nødvendigvis en del av rehabiliteringen sett fra pasientens ståsted.

Det er sykepleiers rolle å få en oversikt over pasientens egenomsorgskapasitet slik at det blir klargjort hvilke egenomsorgsbehov pasienten selv ikke mestrer å dekke (Kristoffersen, m. fl. 2005). Pasienten i caset har en komplett luksasjon C5/C6 med total avklemming av medulla, noe som medfører lammelser i alle fire ekstremitene. Sykepleiers rolle vil her være å benytte Orems helt kompensierende system, som vil være å kompensere for pasientens egenomsorgssvikt, støtte og beskytte, gjøre vurderinger og ta avgjørelser for pasienten (Cavanagh, 2001).

Alle kan oppleve å miste håpet i forskjellige situasjoner, og sykepleiers rolle for å fremme håp hos pasienten i rehabiliteringsfasen er viktig. Sykepleieren utgjør en viktig del av pasientens miljø da sykepleieren er tilstedet for pasienten nesten hele døgnet, og er derfor den personen som oftest får muligheten til å bygge en god relasjon med pasienten (Rustøen, 2001).

Sykepleieres rolle er vesentlig i rehabiliteringsfasen hos pasienter med tetraplegi, det bekrefter også artikkelen til Angel (2009), hvor sykepleier bidrar ved å stimulere og til at pasienten ser en mulig fremtid. Dette var fundamentet for at pasienten skulle fortsette sin prosess mot ett meningsfylt liv.

Artikkelen til Pellatt (2003) beskriver sykepleiers rolle som lite definerbar og sett fra pasientenes øyne; ikke en del av rehabiliteringsteamet, da sykepleiers rolle i en rehabiliteringsavdeling er kompleks og sammensatt. Conradi og Rand – Hendriksen (2004) sier at for at strategien over de praktiske tiltakene i en rehabiliteringsplan skal fungere optimalt, er det viktig å konkretisere hvilke oppgaver som skal gjøres og hvem som skal gjøre hva.

Av egen erfaring kan jeg kjenne meg igjen i sykepleiers uttalelser fra artikkelen, jeg velger å kalle det en multirolle; sykepleier gir mat, bidrar til eliminasjon, utfører sårstell, lytter, motiverer, bidrar til leiring, gir informasjon og holder pasienten oppdatert på eget sykdomsbilde, måler vitale tegn flere ganger i løpet av en vakt, og kommuniserer med pårørende hvor de er involvert. På bakgrunn av dette kan jeg forstå frustrasjonen hos både pasient og sykepleier i artikkelen til Pellatt (2003).

I forhold til sykepleiers rolle i rehabilitering ønsker jeg også å ta med artikkelen til Angel, m. fl. (2010) hvor det belyses hva slags påvirkning vi som sykepleiere har i rehabiliteringen til pasienter med tetraplegi. Der blir det presisert viktigheten av at sykepleier og pasient samarbeider og blir enige om felles mål, pasienten føler da sykepleiers støtte og de jobber sammen om å gjenvinne meningen med livet for pasienten.

5.2 Pasientens holdning og deltagelse i egen rehabilitering

I følge Travelbee (1999) er det helsefremmende å undervise og inkludere pasienten i egen rehabilitering. For at pasienten skal få best mulig utbytte av rehabiliteringsprosessen er det viktig at pasienten er med på å ta ansvaret for egen kropp tilbake (Solli, 2010).

I følge Bredland, m. fl. (2011) er deltagelse beskrevet som engasjement fra hvert enkeltindivid i egen livssituasjon, at de deltar i egen rehabilitering og har tilgang til nødvendige ressurser. For at pasienten skal få muligheten til dette er en god samhandling mellom sykepleier og pasient nødvendig.

Ikke alle pasienter ønsker å spille en sentral rolle i egen rehabilitering. En av årsakene til dette kan være at det pasienten selv ønsker, ikke er i tråd med det hjelpeapparatet vil, eller det kan være at noen trenger mere tid og oppmuntring. Det er forståelig at det kan være utfordrende med en aktiv rolle hvis pasienten er i en fase helt uten håp og troen på en god fremtid (Normann, m. fl. 2009).

Pasienten i caset har mistet det mest verdifulle han hadde, hans kone og sin sønn, samt kontroll over egne fysiske funksjoner. Det levner liten tvil om at det kan være tunge dager hvor håpløshet kan ta overhånd. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) punkt 2.5 står det: *"Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder frasi seg sin selvbestemmelse"*. I en slik situasjon er det viktig at sykepleier er bevisst sin rolle og innehar kunnskap som kan bidra til å få pasienten til å ønske og delta i egen rehabilitering.

"Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom". (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

I artikkelen til Angel (2009) kommer det frem hvordan ryggmargsskadede pasienter opplever rehabiliteringsfasen, og det beskrives som en kamp i seks faser: Hvordan overleve fysisk og gjenvinne livskraft, se en mulig fremtid, oppleve at trening gir fremskritt og fremmer pågangsmot, oppleve at mulighetene innsnevres og hvordan utnytte de begrensede mulighetene, samt å vite om de begrensede mulighetenes verdi.

I denne kampen som beskrives i artikkelen til Angel (2009) kan det være viktig å trekke frem likemannsarbeid for å styrke pasientens stemme. Det kan være avgjørende for en pasient å møte personer med liknende erfaring som intuitivt forstår hva han forsøker å formidle, og som kan hjelpe til med å uttrykke dette (Normann, m. fl. 2009).

Pasienten i caset var utsatt for en traumatisk bilulykke som medførte total lammelse i armer og ben resten av hans liv. Det levner liten tvil om at det kan være utfordringer på flere områder i forbindelse med hans rehabilitering. Det å møte andre som har opplevd og er igjennom noe av det samme, kan bidra til at pasienten føler seg mindre ensom, føler seg forstått og også ser på egen holdning og deltagelse til rehabiliteringen som mer verdifullt i lys av andre pasienters egeninnsats.

I praksis erfarte jeg at mennesker som hadde vært i rehabilitering på bakgrunn av en ulykke hvor utfallet var blant annet varige lammelser, jobbet som rådgivere og motivatorer på rehabiliteringsavdelingen, nettopp for å bevise at det finnes løsninger og gode muligheter for

en fremtid med god livskvalitet selv som nylig rullestolbruker. Dette hadde meget god effekt på flere pasienter, det ga nytt håp, og bidro også til en mer positiv holdning i forhold til egendeltagelse i rehabiliteringen.

Det er flere faktorer som spiller inn når det gjelder pasientens holdning til egendeltagelse i rehabiliteringen, og artikkelen til Leeuwen, CMC van, m. fl. (2011) belyser viktigheten av de psykologiske faktorene for personer med ryggmargskade, i forhold til livskvalitet. Det at pasienten føler han har tatt tilbake kontrollen over eget liv er med på å øke selvbilde. At pasienten har ett håp og ser meningen med livet er avgjørende for fremtidig livskvalitet, og sykepleiers oppgave er å bidra til at pasienten ser seg selv som verdifull, har kontroll over eget liv og at det er håndterbart og meningsfylt.

5.3 Relasjon sykepleier - pasient

”Å kjenne et annet menneske er å oppleve og respondere på det unike ved dette menneske” (Travelbee, 1999:141). Travelbee mener at for å bli kjent med pasienten, må en møte mennesket, oppfatte og respondere samt respektere det unike med pasienten. En må ha evnen til å oppfatte hvem pasienten er, til å ”se med friske øyne” uten å klassifisere eller sette pasienten i en bås. Travelbee forsøker å formidle at gjennom kommunikasjon kan sykepleier finne frem til hvert enkeltindivids behov, uten å tolke egne behov eller forsøke å sette seg inn i den sykes sted (Travelbee, 1999). Å sette seg inn i situasjonen til pasienten i caset er for meg umulig og heller ikke hensiktsmessig, så det Travelbee mener tenker jeg er nyttig og faglig viktig i forhold til å bygge en god relasjon til pasienten.

Evnen til å skape en god relasjon er vesentlig i ethvert forhold til pasienter, og det som kan være en avgjørende faktor er evnen til å lytte, forstå den andre, og til å skape en god kontakt og allianse. Dette kan være en avgjørende faktor for en endring og ikke minst utviklingen i rehabiliteringen (Eide og Eide 2007).

Dette bekrefter artikkelen til Angel (2009) som belyser viktigheten av ett godt samarbeid og hvor avgjørende en god relasjon mellom sykepleier og pasient er i forhold til rehabiliteringsprosessen. Dette kommer også frem i artikkelen til Angel m. fl. (2010) hvor det vises til at for at rehabiliteringen skal bli vellykket er relasjonen mellom sykepleier og pasient fundamentet for ett godt resultat. Det viser seg at det er tre alternativer pasientene i artikkelen hadde; å kjempe sammen med sykepleier om satte mål, å kjempe mot seg selv og sykepleier

der det ikke ble enighet rundt samarbeidet, og siste alternativet er der hvor pasienten valgte å gå egne veier, eller at pasienten valgte å undertrykke seg selv ved å tilpasse seg sykepleiers ønske. De pasientene som endte med siste alternativet følte seg uansett overlatt til seg selv, uten noen form for støtte fra sykepleier.

Pasienten er priggitt sykepleier, han kan ikke velge hvem han ønsker skal bistå han, det er utenfor hans rekkevidde. Det er ikke gitt at det oppstår en god relasjon, hvis den uteblir, hva vil det medføre?

Med tanke på pasienten i caset og egen erfaring, vil det være en utenkelig situasjon for pasienten å være i ett forhold der relasjonen med sykepleier ikke fungerer. Pasienten er avhengig av sykepleier for å fungere og få tilfredstilt grunnleggende behov til enhver tid, det er avgjørende at dette samarbeidet fungerer tilfredsstillende på alle områder. Pasienten i caset brukte også sykepleier som en samtalepartner i forhold til sitt private liv, og de utfordringene som hadde kommet i forbindelse med at hans kone tok med seg deres felles barn og forlot han rett etter ulykken. Dette kan være med på å belyse viktigheten av hvordan ett godt tillitsforhold kan føre til en god relasjon, og med dette bidra til å tilfredsstille pasientens behov for en samtalepartner.

Det karakteristiske ved gjensidig kontakt og forståelse betyr ikke at sykepleier og pasient har et uprofesjonelt forhold ved at de relaterer seg til hverandre, det betyr bare at de kan samhandle uten at det er behov for distanserende taktikker (Travelbee, 1999).

5.4 Håp og livskvalitet – en sammenheng

I artikkelen til Lohne og Severinsson (2004) står det at mennesker som opplever å få en traumatisk ryggmargsskade er noe av det mest ødeleggende ett menneske kan oppleve. Menneskene opplever ett plutselig tap som får permanente konsekvenser for resten av livet. Det finnes ikke mange studier som bruker fenomenet håp sammen med rehabiliteringen av ryggmargsskade, selv om håp er ett veldig viktig fenomen i ett sykepleieperspektiv. Lohne og Severinsson fant ut at alle pasientene hadde håp, selv om det bestod av både opp – og nedturer. Det som var felles for alle var at alle fokuserte på fremtiden, og ble motivert til å bruke energien sin i positiv retning.

”Hvorfor meg?”, ”det oppleves så urettferdig?”. Dette er gjentagende uttalelser sykepleier møter hos pasienten i caset, han har som han selv sier mistet alt som betydde noe for han.

Hvorfor skal han spise, drikke, bli tøyd og strekket på, slite seg igjennom gjentatte treningsøkter, resultatet vil ikke forandre seg, han vil være lammet for resten av sitt liv. I følge Kristoffersen, m. fl. (2005) kan mangelen på akseptasjon over situasjonen utløse sterke følelsesmessige reaksjoner. Dette kan gi utslag i selvmedlidenhet, bebreidelser, depresjon og sinne samt en apatisk likegyldighet.

Håp er relatert til at man er avhengig av andre, det er fremtidsorientert, det er relatert til valg, ønsker, mot, og har en nær sammenheng med tillitt og utholdenhet. Den som har håp har også et ønske om en endret livssituasjon med visse valg som står åpne for han i forhold til hva fremtiden vil bringe (Travelbee, 1999).

Pasienten i caset trenger hjelp til å finne håpet i forhold til hans nye livssituasjon. Det håpet han hadde om fremtiden før ulykken, er borte, og han må finne nytt håp i den nye livssituasjonen hvor han er avhengig av at andre involverer seg i hans håp og fremtid.

For å gi pasienten ett best mulig utgangspunkt til å tenke fremtid, er informasjon rundt egen tilstand ett viktig element.

Hva slags informasjon pasienten trenger og hvordan man skal tilpasse informasjonen krever omtanke fra sykepleier, hvordan pasienten skal høre, forstå, og huske informasjonen samtidig som han føler seg ivaretatt krever forberedelser fra sykepleier. Behovet for informasjon og kunnskap rundt egen behandling er ofte stort, samtidig som det er viktig at pasienten oppfatter informasjonen som blir gitt relevant og er med på å bidra til å kunne mestre situasjonen bedre (Eide og Eide, 2007).

Leeuwen, CMC van, m. fl. (2011) presiserer i sin artikkel hvor betydelig rolle de psykologiske faktorene har i forhold til livskvalitet og ryggmargskadede. Det kommer frem at pasientene føler de har tatt tilbake kontrollen over eget liv, har økt selvbilde, har håp og ser meningen med livet, og at dette er avgjørende for deres livskvalitet.

For at pasienten skal ha grunnlag for og en mulighet til å kunne ta tilbake kontrollen over eget liv som Leeuwen, CMC van, m. fl. (2011) sier i sin artikkel, erfarte jeg at nok og riktig informasjon rundt egen behandling var av vesentlig betydning for pasienten, samtidig som man understøttet og bygget opp under pasientens reelle ønsker om mål i fremtiden.

Sykepleier kan bidra til at pasienten ser på seg selv som verdifull og som en person som har kontroll over avgjørelser gjeldende egen rehabilitering og fremtid, at livet er håndterbart og meningsfylt (Leeuwen, CMC van, m. fl. 2011).

I praksis erfarte jeg hvor mye håp betydde for pasienten. I løpet av perioden opplevde jeg at håpet forandret seg flere ganger, ofte i forbindelse med at han fikk en ny infeksjon, dager hvor han var ekstra plaget med spasmer, eller at tankene hans kun var hos sin sønn som han ikke lenger fikk se. Men håpet var der, håpet om å kunne bo for seg selv med assistent, håpet om å kunne reise til varmere strøk, håpet om en meningsfylt fremtid, men størst av alt, håpet om å få være sammen med sin sønn igjen. Det var håpet og ønske om ett liv med god livskvalitet som fikk han igjennom de første månedene på rehabiliteringsavdelingen.

Pasienter i rehabiliteringsfasen er opptatt av håp og livskvalitet, at fremtiden har muligheter samt at livet kan bli godt å leve igjen. I tunge stunder er dette gode motivasjonsfaktorer til ikke å gi opp. Et sentralt forhold er det multidimensjonale aspektet i livskvalitet hvor det fokuseres på hele menneskets liv, ikke bare på behandlingen. Dette er spesielt verdifullt da pasienten har behov for å leve godt til tross for fysiske, sosiale eller følelsesmessige belastninger eller endringer (Rustøen, 2001).

6.0 Konklusjon

Hva betyr håp for akutt tetraplegiske pasienter i rehabiliteringsfasen, og hva kan sykepleier bidra med for at de skal bevare håpet.

Det viste seg tidlig at det er få studier som er gjort hvor begrepene håp, tetraplegi og rehabilitering er satt i en kontekst med pasienter som er i en rehabiliteringsfase, etter en traumatisk ulykke hvor utfallet har blitt komplett tetraplegi.

Med tanke på at oppgaven er skrevet i lys av en sykepleiefaglig sammenheng, kan det være at vesentlige faktorer og opplysninger har bortfalt i søkeprosessen, da rehabilitering er basert på ett tverrfaglig samarbeid.

På bakgrunn av mine funn samt benyttet teori, vil det være ønskelig og meget relevant med mer kunnskap og forskning knyttet opp mot dette temaet. Jeg føler likevel at jeg sitter igjen med ett tilfredsstillende svar på min problemstilling i lys av de funn jeg har gjort. Dette ved å støtte meg på andre fagfelt, og å trekke ut kunnskap fra enkeltstudier med ulike forutsetninger og ressurser. Kombinasjonen mellom Travelbee og Orem som sykepleieteoretikere i oppgaven føler jeg møter pasientens behov tilfredsstillende.

Sykepleiers rolle og dens kunnskap i rehabiliteringsfasen er vesentlig, noe som blir bekreftet i flere artikler. Det kommer frem at det ville være ønskelig med en mer eksplisitt klargjøring av sykepleierollen, dette til det bedre for både pasient og sykepleier. Ved å klargjøre sykepleierollen vil sykepleier få en større mulighet til å fokusere mer på hvert enkeltindivid og deres individuelle behov.

I forhold til pasientens holdning til rehabilitering og egen livssituasjon viser det seg at det å ha ett håp er en avgjørende faktor for resultatet av rehabiliteringen. Når relasjonen mellom sykepleier og pasient er tilstedet og det har blitt gjensidig tillitt, levner det ingen tvil om at det bidrar til at pasienten ser lysere på sin fremtid med ett håp om ett liv med god livskvalitet. Pasienter som har ett håp, har ett liv med bedre livskvalitet enn de som opplever håpløshet. Dette mener jeg tyder på at håp er en avgjørende faktor i rehabiliteringsfasen, hvor relasjon, motivasjon, kommunikasjon, selvbilde og trygghet er med på å underbygge håpet. Både teori og funn bekrefter viktigheten av dette, og også min tanke i forhold til nødvendigheten av å ha ett håp i livet.

Som nevnt tidligere kan ingen av artiklene jeg har benyttet under funn alene støtte oppunder min teori eller besvare min problemstilling, men sett i kontekst føler jeg de utfyller hverandre og gir et tilfredsstillende svar på min problemstilling.

7.0 Litteraturliste

Angel, S. (2009). The fight for a meaningful life. *Danish Journal of Nursing*. 109 (17). s. 48 – 53. Hentet fra Cinahl. Lest 23.05.2013.

Angel, S. m. fl. (2011). Rehabilitation after spinal cord injury and the influence of the professional's support (or lack of). *Journal of Clinical Nursing*. 20 (11 – 12). s. 1713 – 22. Hentet fra Cinahl. Lest 23.05.2013.

Austgard, K. (2004). Hva er erfaring? En hermeneutisk filosofisk undersøkelse av fenomenet erfaring i lys av Gadamers hermeneutiske filosofi og Karin Martinsens omsorgsfilosofi. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 6(2), s. 3 – 13.

Bredland, E. L. m. fl. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 3 utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brurberg, K. G. (2013). Hvorfor trenger vi statistikk? *Sykepleien Forskning*. 8(1). s.78 – 82. DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0033.

Cavanagh, S. J. (2001). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Conradi, S. og Rand – Hendriksen, S. (2004) Funksjonshemning og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I: L. L. Wekre og K. Vardeberg. (red.) *Lærebok i rehabilitering – Når livet blir annerledes*. ss 23 – 34. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dahl, P. A. (2011). *Å reise seg etter en rystelse*. Schibsted Forlag, Oslo.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Fredriksen, K. og Beedholm, K. (2012). Litteraturreview. I: S. Glasdam, (Red). *Bachelorprosjekter inden for det sundhetsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*, ss 47 – 54. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2012.

Helse – og omsorgsdepartementet NOU:1999:2 Livshjelp. 4.3 Livskvalitet.

URL:<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5/3.html?id=351008>

Lest 28. 06. 2013.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – Ikke stykkevis og delt*. 7. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johannessen, K. I. m. fl. (2007). *Godt – rett – rettferdig: Etikk for sykepleiere*. Akribe AS.

Kristoffersen, N. J. m. fl. (2005). *Grunnleggende Sykepleie*. (B. 4). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. og Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I: N. J. Kristoffersen, Nortvedt, F, Skaug, E.A. (Red). *Grunnleggende Sykepleie*, ss 157 – 205. (B. 3). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Landsforeningen for Ryggmargsskadde. (2012). *ABC ryggmargsskade for helsepersonell*. Gunnarshaug Trykkeri AS.

Leeuwen, CMC van. m.fl. (2012). Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury; a systematic review. *Spinal Cord*, 50 (3), s. 174 – 187. Hentet fra Cinahl. Lest 22.05.2013.

Lohne, V. (2006). *The power of hope*. Faculty of Medicine, University of Oslo nr 401.

Lohne, V. og Severinsson, E. (2004). Hope during the first month after acute spinal cord injury. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (3), s. 279 – 286. Hentet fra Cinahl. Lest 22.05.2013.

Lohne, V. m. fl. (2010). Sykepleie ved sykdommer og skader i sentralnervesystemet. I: H. Almås, m. fl. (red). *Klinisk sykepleie 2*, ss 191 – 225. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk helseinformatikk (NHI). *Ryggmargsskade*. URL: <http://nhi.no/sykdommer/hjerne-nervestystemet/ryggmargsskade/ryggmargsskade-5545.html> Lest 12.05.2013

Normann, T. m. fl. (2009). *Om rehabilitering. Mot en enhetlig og felles forståelse*. Kommuneforlaget AS, Oslo..

Pellatt, G. C. (2003). Perception of the nursing role in spinal cord injury rehabilitation. *British Journal of nursing*, 12 (5), s. 292 – 299. Hentet fra Cinahl. Lest 23.05.2013.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solli, E. M. (2010). *Veien tilbake til livet*. Sykepleien 2010 98(12): 57-59

DOI: 10.4220/sykepleiens.2010.0106.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

William, S. (2008): The role of patient education in the rehabilitation of people with spinal cord injuries. *International Journal of Therapy and rehabilitation*. 15 (4), s. 174 – 179. Hentet fra Cinahl. Lest 23.05.2013.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2011). *Norsk sykepleierforbund*.