

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Slagrammedes subjektive opplevelse av livskvalitet etter gjennomgått hjerneslag



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 05.05.22]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Hjerneslag rammer ca. 15 000 mennesker i Norge hvert år. Mange av de slagrammede opplever ulike funksjonsnedsettelse i etterkant. Vi opplever at sykepleierstudiet har stort fokus på medisinsk behandling av slagrammede pasienter, men lite fokus på sykdom som menneskelig erfaring.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse slagrammede pasienters subjektive opplevelse av hvordan livskvaliteten endres etter gjennomgått hjerneslag.

Metode

Vi har benyttet integrativ litteraturoversikt som metode for oppgaven. Fem kvalitative forskningsartikler ble analysert etter Fribergs modell for analyse (Friberg, 2017, s. 148-150). Resultatene fra forskningsartiklene utgjør sammen med et faglig teoretisk grunnlag, erfaringsbasert kunnskap samt egne refleksjoner, grunnlaget for besvarelsen i vår bacheloroppgave.

Resultater

Resultatene viser at slagrammede pasienter oppgir endringer i den subjektive opplevelsen av livskvalitet på flere områder i livet; både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Et økt fokus på sykdom som erfaring vil kunne gi grunnlag for at sykepleier kan yte helhetlig sykepleie til den slagrammede pasienten.

Nøkkelord: livskvalitet, hjerneslag, sykdom, erfaringer, ukjent kropp, emosjoner, frykt, nedstemthet, aksept, sosiale relasjoner

Innhold

INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling	5
1.3 Hensikt	5
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	6
2.1 Hjerneslag.....	6
2.2 Livskvalitet.....	6
2.3 Mestringsstrategier.....	7
2.4 Joyce Travelbee – Sykdom og lidelse som menneskelige erfaringer	7
3.0 METODE	9
3.1 Hva er metode?.....	9
3.2 Integrativ litteraturoversikt.....	9
3.3 Søkeprosess.....	9
3.3.1 Valg av søkestrategi	9
3.3.2 Valg av databaser	10
3.3.3 Valg av søkeord.....	10
3.3.4 Valg av artikler	11
3.3.5 Analyse av artikler	13
4.0 RESULTATER.....	15
4.1. En ukjent kropp.....	15
4.2 Emosjonelle forandringer	16
4.2.1 Frykt.....	16
4.2.2 Nedstemthet.....	17
4.2.3 Aksept	17
4.3 Et endret sosialt liv	18
5.0 DISKUSJON.....	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.1.1 Forfatterens bakgrunn og kvalitetssikring	20
5.1.2 Land og arena for studiene	20
5.1.3 Studienes deltakere	21
5.1.4 Etisk overveielser	22
5.1.5 Kvalitativ metode som tilnærming	22
5.1.6 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	23
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 En ukjent kropp	24
5.2.2 Emosjonelle forandringer	25
5.2.3 Et endret sosialt liv	27
5.2.4 Konklusjon	28
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS.....	29
REFERANSER	30

VEDLEGG..... 33

Antall ord: 7767

INNLEDNING

I denne bacheloroppgaven tar vi for oss menneskers subjektive opplevelse av livskvalitet etter gjennomgått hjerneslag. Dette er et omfattende tema som omhandler menneskers fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter i livet. Omtrent 55 000 mennesker lever med gjennomgått hjerneslag i Norge i dag. De fleste av disse må innstille seg på å leve med noen form for funksjonstap, noe som vil påvirke livskvaliteten for mange (Kirkevold, 2018, s. 464-467).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleier kan man treffe slagrammede pasienter både under innleggelse på sykehus og i hjemmet i kommunehelsetjenesten. Gjennom praksis har vi fått god innføring i medisinsk behandling av slagrammede pasienter, men vi sitter igjen med lite innføring i pasienters subjektive opplevelse av sykdommen. Påfølgende undrer vi oss over hvilke aspekter som er bidragsgivende til at mange oppgir endret livskvalitet etter slaget, og hvordan økt kunnskap om dette kan endre sykepleiers utgangspunkt for å kunne gi helhetlig sykepleie.

1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling

For mange slagrammede mennesker vil hjerneslaget oppleves som en livsforandrende hendelse både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. For å kunne gi god omsorg og helhetlig sykepleie er det et behov for bredere kunnskap. Travelbee (2011) omtaler sykdom og lidelse som menneskelige erfaringer (Travelbee, 2011, s. 126). Ved manglende kjennskap om disse erfaringene, kan det i en travel hverdag være utfordrende for sykepleier å se hele pasienten. Med økt kunnskap om hvordan pasientens subjektive opplevelse av livskvalitet endres etter slaget, er sykepleier bedre rustet til å kunne yte god faglig- og personsentrert sykepleie.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse slagrammede pasienters subjektive opplevelse av hvordan livskvaliteten endres etter gjennomgått hjerneslag.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag, også kalt apoplexia cerebri på fagspråket, er en akutt skade på hjernevevet som følge av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon på grunn av enten hjerneinfarkt eller hjerneblødning. Størrelsen av skaden på hjernevevet, hvor i hjernen skaden finner sted og hvor lang tid det tar å få behandling, påvirker hvilke symptomer man opplever og hvilke funksjonsnedsettelse en får i etterkant (Bertelsen, 2019, s. 326). Hjerneslag fører til motorisk og eventuelt også kognitiv funksjonsnedsettelse. Noen av de vanligste funksjonsnedsettelsene eller funksjonstapene etter gjennomgått hjerneslag er halvsidig lammelse som kan oppstå i både arm, ben og ansikt, afasi eller dysartri, svelgparese, balanseproblemer og apraksi. Emosjonelle symptomer som angst, depresjon og fatigue er også veldig vanlig etter et hjerneslag. Hjerneslag er en av de mest utbredte og alvorlige sykdommene blant eldre, og er en av de viktigste årsakene til sykelighet, funksjonsnedsettelse og død. I Norge rammes omtrent 15 000 av hjerneslag årlig og samlet lever anslagsvis 55 000 med gjennomgått slag i dag. Til tross for utvikling i behandlings- og rehabiliteringstilbudet etter gjennomgått slag, må de fleste innstille seg på å leve med noen form for funksjonstap eller ettervirkninger. Dette kan oppleves som en langvarig og krevende prosess, noe som kan ha store konsekvenser for den enkeltes livskvalitet (Kirkevold, 2018, s. 464 - 467).

2.2 Livskvalitet

Livskvalitet, helse og trivsel, henger nært sammen med tanken om “det gode liv”. Sykepleieren Katie Eriksson pekte på at menneskets subjektive opplevelse er en viktig side av helsa, noe som knyttes sterkt opp mot livskvalitet (Kristoffersen, 2017, s. 58).

Livskvalitet kan defineres som en opplevelse av å ha et godt liv. Med dette innebærer den indre opplevelse av hvilke grad individer tenker og føler positivt om sine liv (Barstad, 2019).

FHIs definisjon legger vekt på at livskvalitet både omfatter subjektive og objektive sider ved livet. Vi vil i denne oppgaven legge vekt på den subjektive livskvaliteten, ettersom dette er mest relevant for hensikten med oppgaven (Nes, 2019). De definerer subjektiv livskvalitet slik:

Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte og omfatter både positive følelser som ro og glede og positive vurderinger som livstilfredshet. Positive følelser og vurderinger omfatter også opplevelse av god fungering - som av vitalitet, interesse, mestring og mening. Den subjektive livskvaliteten kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god selv under sykdom og på tross av helseplager og andre belastninger. (Nes, 2019)

2.3 Mestringsstrategier

Mestring kan defineres som “personens vekslende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller utfordrende situasjoner” (Thorsen, 2018, s. 66). Ulike mestringsstrategier er noe som mange pasienter og pårørende bruker for å håndtere blant annet sykdom. Flere tidligere studier kopler mestringsstrategier opp mot livskvalitet. Her kan man skille mellom unnvikende mestringsstrategier som er emosjonelt orienterte og aktive mestringsstrategier som er problemorienterte strategier. Unnvikende mestringsstrategier som benektelse av alvor, apati og overdreven alkohol- og medikamentbruk, har vist seg å innvirke spesielt negativt på subjektiv livskvalitet, mens aktive mestringsstrategier som utlufting, positiv redefinering, planlegging, bruk av humor, akseptasjon og religion har vist seg å ha positiv innvirkning på subjektiv livskvalitet (Kristoffersen, 2017, s. 276). Måten å håndtere stress på avhenger av individuelle forutsetninger og miljø, men utvikles også ved erfaring (Thorsen, 2018, s. 66).

2.4 Joyce Travelbee – Sykdom og lidelse som menneskelige erfaringer

Joyce Travelbee omtaler i «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» viktigheten av at den «... profesjonelle sykepleier forstår sykdom som menneskelig erfaring» (Travelbee, 2011, s. 126). Hun forklarer videre at det ikke er tilstrekkelig å lære om sykdom ut fra teori. Problemstillinger som gjelder sykdommens mening må ses sammen med læren om etiologi, symptomer, behandling, prognose og sykepleieomsorg. «For å kunne gi omtenssom og intelligent omsorg til syke mennesker må sykepleieren fatte det intenst reelle, men mindre håndgripelige begrep om sykdom som en erfaring hvert enkelt menneske gjennomgår» (Travelbee, 2011, s. 126). Hun skriver videre at om man ikke har en slik innsikt som sykepleier kan man aldri forholde seg til syke som menneske til menneske (Travelbee, 2011, s. 126).

Travelbee (2011) omtaler også at man før sykdom inntreffer, har en tendens til å ta for gitt evner som å se, høre, snakke, føle og gripe og holde gjenstander. Også evnen til å ivareta sine personlige behov, ved oppgaver som å kle seg selv eller gripe etter gjenstander, blir tatt for gitt til dagen man er ute av stand til utføre dem. Oppgaver som før var enkle og ubeviste blir plutselig kompliserte (Travelbee, 2011, s. 126). «Vi merker ikke våre egen styrke, energi og livskraft før vi begynner å oppleve at de går tapt gjennom sykdom» (Travelbee, 2011, s.126). Også frihet fra smerte, ubehag og psykiske plager blir fort tatt som en selvfølge (Travelbee, 2011, s. 126).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode brukt i vitenskapelig forstand handler om å forholde seg til intellektuelle standarder som forteller noe om hvordan man bør gå til verks for å finne og vise frem ny kunnskap. Valget av metode har stor betydning i forhold til hva man ønsker svar på. Hovedsakelig brukes kvalitativ eller kvantitativ metode, men man kan også bruke en blanding av disse. Kvalitativ metode er nyttig når man vil fram til personers følelser erfaringer og opplevelser, i motsetning til kvantitativ metode hvor resultatene skal kunne tallfestes og måles (Dalland, 2019, s. 51-53).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Friberg (2017) forklarer at en litteraturoversikt « .. handlar alltså om at skapa översikt över kunnskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område, eller om ett problem inom sjuksköternas verksamhetsområde / kompetensområd» (Friberg, 2017, s.141). Metodens hensikt er å, gjennom et utvalg av artikler, skape en systematisk oversikt over et fagområde. En integrativ litteraturoversikt skiller seg fra en allmen litteraturoversikt ved at man i tillegg til å foreta en datareduksjon, skape en oversikt og gjøre sammenligninger, også bekrefter og konkluderer. Man gjør ved det egne tolkninger ved resultatet og skaper en ny helhet (Friberg, 2017, s.150). Både kvalitativ og kvantitativ forskning kan inngå i en litteraturoversikt.

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av søkestrategi

Vi har anvendt strukturert litteratursøking som søkestrategi for oppgaven. Dalland (2019) viser til at sykepleieprofesjonen er et sammensatt fag med stor spennvidde og stort mangfold. Vi benyttet dermed en rekke eksklusjonskriterier som avgrensner søkeresultatet for å komme frem til et utvalg oppdaterte og faglig relevante empiriske artikler for oppgavens hensikt (Dalland, 2019, s. 156). Med tanke på at forskning er ferskvare og stadig oppdateres har vi kun inkludert studier yngre enn 15 år. Søket ble avgrenset til å gjelde studier skrevet i dette tidsrommet for å sikre at innholdet er faglig oppdatert etter dagens standard. Under søkeprosessen avgrenset vi søkene geografisk til å gjelde studier gjennomført i land med vestlig kultur. Vi ønsket i

hovedsak å benytte europeiske studier, men valgte etter nøye overveielse å også inkludere en amerikansk. Dette valget er gjort basert på en tanke om at verdier, væremåte, økonomi, kulturell forståelse, levestandard og andre faktorer som kan ha betydning for oppfattelse av livskvalitet er tilnærmet like. Ved å benytte dette som kriterium mener vi at resultatene vil være sammenlignbare og overførbare som kunnskap til sykepleiere i Norge. Søket ble avgrenset språklig til å gjelde norsk og engelsk basert på vår individuelle evne til forståelse. Som en første indikator på de empiriske studienes kvalitet ble søket avgrenset til å kun gjelde peer reviewed / fagfelleurdert forskning.

3.3.2 Valg av databaser

For å komme frem til empiriske studier som var relevante for oppgavens problemformulering og hensikt har vi benyttet databasene: Oria, Cinahl, British Nursing Index og SveMed+. Samtlige er tilgjengelige via universitetsbibliotekets nettsider under fane for helsefag. Etter flere søk, med ulike søkeord, valgte vi å benytte artikler fra databasene Oria og Cinahl, da søkene i British Nursing Index og SveMed+ ikke hadde noen empiriske studier vi vurderte passet med oppgavens hensikt. Søkene i Oria og Cinahl vurderte vi at ga et variert faglig utvalg av relevante empiriske studier for hensikten i vår bacheloroppgave. Utvelgelsesprosessen vil bli nærmere forklarte senere i kapittel for metode.

3.3.3 Valg av søkeord

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan livskvalitet kan påvirkes av hjerneslag. Med dette som utgangspunkt benyttet vi i første omgang søkeordene «slag OG livskvalitet» og «livskvalitet OG hjerneslag». Søkeordene har vi benyttet på norsk og engelsk for å ikke ekskludere muligheten for relevante søkeresultater da Oria og Cinahl inneholder både norsk og internasjonal forskning. Ved å bruke de overnevnte søkeordene, fant vi ved å lese en rekke abstrakt, to studier vi vurderte av relevans for oppgaven; en i Oria og en i Cinahl. Videre ønsket vi å spesifisere søket basert på vår forforståelse knyttet til temaet. Vi benyttet «unfamiliar body» «after» (stroke) og «social relation» i kombinasjon med de tidligere brukte søkeordene: «quality of life» og «storke». I Cinahl ga dette en rekke treff hvorpå vi valgte tre empiriske studier som

passet oppgavens hensikt. Søkeordene ble benyttet sammen med eksklusjonskriteriene nevnt tidligere i kapittel for metode 3.3.1.

3.3.4 Valg av artikler

Ved utvelgelse av relevant forskning for oppgaven har vi som Friberg skriver foretatt en utvelgelsesprosess (Friberg, 2017, s. 76-81). Ved hjelp av en grundig seleksjon silte vi gradvis bort en rekke artikler som var av manglende relevans for oppgavens hensikt og ikke oppfylte våre kriterier for å inkluderes i oppgaven. Vi ønsket kun å inkludere studier med deltakere som var hjemmeboende i etterkant av slaget. Flere artikler ble ekskludert under søkeprosessen som følge av dette. Samtlige artikler som er inkludert i oppgaven vår følger IMRaD- strukturen (Dalland, 2019, s. 163). Vi har utelukkende valgt å bruke kvalitative studier basert på en oppfattelse om at dette vil gi mest hensiktsmessig resultat basert på oppgavens hensikt. Alle de benyttede studiene er skrevet fra et pasientperspektiv. For å vurdere påliteligheten til de valgte empiriske studiene inkludert i vår oppgave gjennomførte vi sekundærsøk, både knyttet til forfatterne og artiklenes kilder. Forfatternes faglige bakgrunn ble undersøkt og vurdert mot relevans, og artiklenes publiseringskanaler ble sjekket i Norsk senter for forskningsdata.

Videre undersøkte vi studienes utvalg av deltakere og valgte etter overveielse å ikke ekskludere noen studier basert på informantenes alder. Årsaken til dette var at vi med utgangspunkt i oppgavens hensikt vurderte at å inkludere et bredt spenn aldersgrupper vil gi nyanse til hvordan opplevelse av livskvalitet er individuelt. Til slutt sto vi igjen med fem artikler hentet fra to ulike databaser. Samtlige studier tilfredsstilte de overnevnte kravene samt eksklusjonskriterier nevnt under kategori for søkestrategi. De valgte studiene listes i tabell 1.

Tabell 1:

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
-----------------------------	------	---------	------------	--------

<p>Hauge, H.K., Myhrer, T. & Willumsen, T. (2019). Nedsatt livskvalitet og oral funksjon etter hjerneslag. En kvalitativ studie.</p>	<p>Oralfunksjon og livskvalitet etter hjerneslag</p>	<p>Å belyse generell og oral livskvalitet hos personer som har erfart hjerneslag og å undersøke hvordan nedsatt oral funksjon påvirker den slagrammedes livskvalitet sosialt og funksjonelt.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>- Kvalitativ studie - 16 deltakere - Personintervju</p>
<p>Kitzmüller, G., Häggström, & Asplund, K. (2012). Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke.</p>	<p>Langsiktige endringer og oppfatning av en selv etter hjerneslag.</p>	<p>Belyse betydningen av den langsiktige påvirkningen av kroppslige endringer på oppfatningen av seg selv etter hjerneslag.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>- Kvalitativ studie - 23 deltakere - Personintervju</p>
<p>Pettersen, S., Bøe, G. M. & Haraldstad, K. (2017). "Frisk, men likevel ikke som før ...".</p>	<p>"Usynlige" utfordringers påvirkning på livskvalitet etter hjerneslag.</p>	<p>Få mer kunnskap om slagrammedes erfaringer etter trombolytisk behandling; hvordan livskvaliteten er påvirket og på hvilken måte hjerneslaget har hatt betydning for endring av livsstil for å forebygge nye hjerneslag.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>-Kvalitativ studie -9 deltakere. -forskningsintervju</p>
<p>Pedersen, S., Anke, A., Pallesen, H., Moe, S. & Arntzen, C. (2019). International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.</p>	<p>Opplevelse av livskvalitet det første året etter et slag.</p>	<p>Undersøke livskvaliteten under det første året etter et hjerneslag i Nord-Norge og sentral-Danmark.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>- kvalitativ studie - 11 deltakere -individuelle dybdeintervju 12 mnd. etter gjennomgått hjerneslag</p>

Lynch, E. B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C. J., Perez, L. & Cella, D. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships.	Livskvalitet etter hjerneslag og sosiale faktorer	Å undersøke livskvalitet etter å ha gjennomgått slag og sammenhengen mellom dette og sosiale faktorer.	Pasient- og pårørendeperspektiv	-kvalitativ studie -Gruppeintervju - 15 deltakere fordelt på 2 fokusgrupper; pasienter og pårørende/omsorgspersoner
---	---	---	------------------------------------	---

3.3.5 Analyse av artikler

Analysearbeidet med de valgte empiriske studiene er gjort basert på Fribergs modell for analyse (Friberg, 2017, s. 135-136). Friberg beskriver analysearbeidet som «en rörelse från helheten til delarna, och därifrån til en ny helhet» (Friberg, 2017, s. 135). Videre forklarer Friberg (2017) at ulike deler oppstår når artiklens resultat deles i mindre biter med hensikt å finne bredere aspekter med betydning for hensikten med oppgaven. Den nye helheten skapes deretter av sammenslåing av de bredere aspektene og danner et resultat (Friberg, 2017, s. 135-136). Fribergs analyseprosess inneholder fire steg (Friberg, 2017, s. 148-150). I første steg foretok vi grundig gjennomlesning av de valgte artiklene i sin helhet. Vi skapte oss en overordnet oversikt over studienes innhold og resultater ført i en tabell. I neste steg identifiserte vi nøkkelfunn. Vi sorterte ut viktige beskrivelser og sitater som vi vurderte relevante for oppgavens hensikt. Også studienes perspektiv og fenomener ble vurdert mot relevans. Friberg beskriver viktigheten av å skape seg overblikk over det som skal analyseres (Friberg, 2017, s. 136). Vi lagde oss derfor en skjematisk oversikt over innholdet i det ulike studiene kodet med farger. I neste steg identifiserte vi likheter og ulikheter i studiene. Dette ble utgangspunkt for en rekke nye kategorier som presenteres i tabell 2. I det siste steget av satt vi de ulike delene sammen til en ny helhet som presenteres for leseren.

Tabell 2:

Hovedfunn	Underkategorier
En ukjent kropp	
Emosjonelle forandringer	Frykt. Nedstemthet Akspet
Et endret sosialt liv	

4.0 RESULTATER

4.1. En ukjent kropp

Ifølge studien til Kitzmüller, Häggström & Asplund (2012) kan betydningen av å leve med en kropp som oppfattes som 'ikke meg', oppsummeres som å leve i en kropp som mesteparten av tiden var ukjent og kunne bli avvist av andre. De viser til at det å ikke være i stand til å bevege og kjenne sin egen kropp slik man tidligere har gjort, har skapt en negativ følelse av at kroppsdelene ikke tilhører dem selv. Uttalelser som “ikke en del av meg, det er en grisearm, armen er død” var gjentakende. Deltakeren beskriver at fysiske endringer som lammelser, spasmer, inkontinens, epileptiske anfall, neglekt og afasi, ga en endret oppfatning av egen kropp. For noen av studiens deltakere førte dette til en opplevelse av å leve i en upålitelig kropp (Kitzmüller, Häggström & Asplund, 2012, s. 24).

I studien kan man også lese at deltakerne opplever det energikrevende å stadig bekymre seg om kroppens funksjon. De forteller om hvor tidkrevende det er å leve med en svekket kroppsdel og om hvor mye konsentrasjon en enkel rørelse krever. Den slagrammede kroppen presterte ikke lenger alene, men var avhengig av energikrevende konsentrasjon og sterk vilje for å fungere (Kitzmüller et al., 2012, s. 24).

Healthy people don't think when walking, they can focus on many other things, thinking of something, planning something. I have to use all my concentration on walking. It's not a matter of course, step in step in order not to tumble and fall. I have to use so much energy... (Kitzmüller et al., 2012, s. 23)

Også av studien til Pedersen, Anke, Pallesen, Moe & Arntzen (2019) kan man lese at flere av deltakerne viser til at følelsen av en ukjent kropp og selv, samt ulike funksjonelle problemer, har endret den opplevde livskvaliteten. De har slitt med å akseptere nye omstendigheter knyttet til deres egen kropp. (Pedersen, Anke, Pallesen, Moe & Arntzen, 2019, s. 6). En kvinne som deltok i studien, beskrev situasjonen sin slik:

“...I have to think and do things differently than I did before, and this makes me very sad - I do not even know how to explain this. I do not know if I will ever accept this situation (...) I am basically dependent on others. I do not feel free - Not the way I used to be” (Pedersen et al., 2019, s. 6).

I studien til Pedersen et al. (2019) oppgir samtlige deltakere en forandret fysisk kapasitet og endring i energinivå. Det vises til at en vedvarende tretthet påvirker deres kapasitet i hverdagen samt opplevelse av livskvalitet. En deltaker forteller om utfordringer knyttet til det økte behovet for hvile for å fungere i hverdagen. Uten en time søvn på ettermiddagen kommer h*n seg ikke gjennom dagen. Nesten alle deltakerne fortalte om hvordan de unngikk energikrevende aktiviteter gjennom dagen. Noen forteller at trettheten påvirker deres eksistens generelt. (Pedersen et al., 2019, s. 7).

4. 2 Emosjonelle forandringer

4.2.1 Frykt.

Studien til Pettersen, Bøe & Haraldstad. (2017) viser at deltakerne erfarer at hjerneslaget har påvirket livet og livskvaliteten på flere områder. De fleste deltakerne uttrykte frykt for å få et nytt slag. De har på grunn av sykdomsforløpet blitt konfrontert med alvorlig funksjonshemming, risiko for nye hjerneslag og de konsekvensene det kan medføre. De beskrev da spesielt stor frykt for å oppleve enda mer alvorlige utfordringer og større grad av avhengighet av andre enn de allerede har, ved et eventuelt nytt hjerneslag. (Pettersen, Bøe & Haraldstad 2017, s. 95 og 98).

I studien til Haugen, Myhrer & Willumsen (2019) uttrykker deltakerne frykt for å sette mat i halsen og skam for sikling og søling, som følge av redusert tygge- og svelgefunksjon. De oppgir å foretrekke å spise sammen med mennesker som kjenner dem og deres situasjon godt. Resultatet av studien viser også at deltakerne opplevde frykt for økt avhengighet av andre (Haugen, Myhrer & Willumsen, 2019, s. 10). Av studien til Pettersen et al. (2017) kan man lese at noen av deltakerne fortalte at de lot frykten legge føringer for hvordan de levde livet, for eksempel ved å planlegge aktiviteter og hverdagen med tanke på nærhet til profesjonell hjelp ved et eventuelt nytt hjerneslag (Pettersen et al., 2017, s. 95-96). En av studienes deltakere forteller: “Jeg liker å gå tur alene og sånt Det er jo helt utenkelig nå at jeg går tur alene i skogen nå, uten mobiltelefon Du kan si at den frihetsfølelsen Den, den er borte.” (Pettersen et al., 2017, s. 96).

I studien til Pettersen et al. (2017) kan man lese at en av de mest fryktede konsekvensene av et nytt hjerneslag er påfølgende talevansker (Pettersen et al., 2017, s. 98). Mistet evne til å snakke på grunn av afasi hadde ifølge Kitzmüller et al. (2012) stor innflytelse på slagrammedes oppfatning av seg selv. Å være ute av stand til å kommunisere ble uttrykt som å “føle seg som en grønnsak” (Kitzmüller et al., 2012, s. 25).

4.2.2 Nedstemthet

I studien til Haugen et al. (2019) kan man lese at kroppslige forandringer, endring i fysisk kapasitet og psykisk belastning for noen av studiens deltakere førte til emosjonelle forandringer og nedstemthet (Haugen et al., 2019, s. 6-10).

I studien til Pedersen et al. (2019) rapporterte en del av deltakerne at de etter den første perioden etter hjerneslaget hadde opplevd å kjenne på en rekke følelser som tristhet, engstelse, opprørthet og irritasjon (Pedersen et al. 2019, s. 6). Også i studien til Lynch et al., (2008) kan man lese at noen deltakere har kjent på emosjoner som frustrasjon og sinne knyttet til nye begrensninger som har ført til endringer i hverdagslige rutiner, forventninger i yrkeslivet og mulighet til utfoldelse (Lynch et al., 2008, s. 521).

Kitzmüller et al. (2012) belyser også sammenhengen mellom hjerneslag og emosjonelle forandringer. Den nye oppfatningen av seg selv førte til sorg og fortvilelse for mange. Det ble også nevnt at noen opplevde seg depressive og til og med selvmordstanker som resultat av dette (Kitzmüller et al., 2012, s. 25).

4.2.3 Aksept

Resultatene i Pedersen et al. (2019) viser til at reaksjonsmønsteret til noen av deltakerne ble forandret etter hjerneslaget. Når de intervjues ett år etter slaget oppgir de at justeringer har gitt større aksept for den nye situasjon og opplevelse av økende livskvalitet (Pedersen et al., 2019, s. 6). Også i studien til Pettersen et al. (2017) kan man også lese at deltakerne har opplevd emosjonelle forandringer etter slaget. Deltakerne her beskriver seg utrolig heldige sammenlignet med andre slagrammede med mer alvorlige symptomer (Pettersen et al., 2017, s. 96). En deltaker i studien (mann, 55) har uttalt: “... så var jeg antakelig blant de heldige siden

medisinen hadde så stor effekt. Jeg har forstått i ettertid at det ikke er noen selvfølge” (Pettersen et al., 2017, s. 96).

4.3 Et endret sosialt liv

I studien til Lynch et al. (2008) viser resultater at sosiale relasjoner er viktig for livskvaliteten til slagrammede. Mange av deltakerne beskriver en avhengighet av andre i hverdagslige aktiviteter. Også endring i sosiale roller presenteres i studien. Noen av deltakerne viser til en opplevelse av at livskvaliteten deres påvirkes av hvordan andre sosialt viktige personer i deres liv reagerer og oppfører seg rundt dem. Deltakerne forteller også at et slag kan skape mye stress knyttet til sosiale relasjoner. Det vises til at det for noen kan resultere i et endret forhold til nære personer som ektefelle og barn (Lynch et al., 2008, s. 521).

Flere av deltakerne i studien til Kitzmüller et al. (2012) fortalte at de opplevde sosiale relasjoner utfordrende. De beskrev fysisk og kognitiv fatigue som ødeleggende for arbeidsliv, familieliv og sosialt liv. Deltakerne ga også uttrykk for at både fysiske begrensninger, som ved pareser, og begrensninger på bakgrunn av fatigue, resulterte i endret sosial posisjon og mindre sosialt nettverk. (Kitzmüller et al., 2012, s. 23-25). En deltaker fortalte: “I cannot cope with having many people around me, I get easily exhausted.... When people call and ask if they can come visit, I have to tell them no to” (Kitzmüller et al., 2012, s. 23).

Studien til Haugen et al. (2019) påpeker også at noen slagrammede opplevde at lammelsene de fikk etter hjerneslaget kunne føre til vegring for å delta i sosiale sammenhenger. Studien har fokus på oral helse etter hjerneslag og presenterer at redusert tyggefunksjon og evt protesefunksjon kan oppleves stigmatiserende i sosiale sammenhenger (Haugen et al., 2019, s. 10).

I studiene til Pettersen et al. (2017), Pedersen et al. (2009) og Kitzmüller et al. (2012) kan man lese at evne til å være yrkesaktiv også påvirker det sosiale livet til deltakerne (Pettersen et al., 2017, s.98; Pedersen et al., 2019, s. 7; Kitzmüller et al. 2012, s. 25). Av Kitzmüller (2012) kan man lese at de ikke bare mistet nettverk og tilhørighet, men opplevde følelsen av verdiløshet, lav selvtillit og usikkerhet (Kitzmüller et al, 2012, s. 25).

I studiene til Lynch et al. (2008) og Kitzmüller et al. (2012) forteller de at talevansker som følge av hjerneslag har stor betydning for endring i sosiale relasjoner og posisjoner (Lynch et al., 2008, s. 520; Kitzmüller et al., 2012, s. 25)Flere av deltakerne til Kitzmüller et al. (2012) beskrev det å være ute av stand til å kommunisere som å “føle seg som en grønnsak” (Kitzmüller et al., 2012, s. 25, egen oversettelse).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Forfatterens bakgrunn og kvalitetssikring

For å kvalitetssikre studienes pålitelighet har vi gjennomført grundige sekundærsøk. Vi har undersøkt forfatterens bakgrunn og grunnlag for faglig kompetanse. Samtlige av forskerne hadde medisinsk bakgrunn som sykepleier, lege eller er ansatt i helsefaglig fakultet. Flere hadde også forskerkompetanse som master- eller doktorgrad. Vi har også gjennomført søk etter publiseringskanalene for studiene i nettsiden til Norsk senter for forskningsdata. Samtlige var godkjent på nivå 1 og 2, og er dermed vitenskapelige artikler.

5.1.2 Land og arena for studiene

De utvalgte studiene er gjennomført i Norge, Danmark og USA. Vi ønsket i hovedsak å inkludere kun studier gjennomført i Europa basert på en forforståelse om at det vil gjøre studiene lettere sammenlignbare. Vi endte til slutt med å også inkludere en amerikansk studie. Basert på en forforståelse valgte vi å inkludere studien med ett utgangspunkt om at kultur, verdier, holdninger og levesett er sammenlignbart på de to kontinentene og at utgangspunkt for subjektiv oppfattelse av livskvalitet vil være tilnærmet likt. Dette underbygges av at Joyce Travelbee (2011) forklarer at; «*Alle er formet av den kulturen vi lever i, og reaksjoner på sykdom er alltid preget og influert av kulturelt betingende oppfatninger*» (Travelbee, 2011, s. 184). En svakhet med denne oppfattelsen kan være at det naturligvis vil være små ulikheter i kultur i Europa og USA, men også på tvers av land i Europa. Dette kan påvirke oppfattelsen av sykdom og dermed også livskvalitet. Vi vurderte derfor nøye om innholdet i artiklene var sammenlignbart, og tolket at det var det.

Et inklusjonskriterium i alle fem studiene inkludert i oppgaven er at informantene er hjemmeboende og ikke under døgnbasert institusjonsbehandling ved tidspunkt for deltakelse. Med det ekskluderes pasienter i akutfasen etter slag innlagt på sykehus. Med teoretisk grunnlag som utgangspunkt er det aktuelt å vurdere om studienes resultater kunne vært annerledes dersom pasienter i flere prosesser etter slag hadde vært inkludert. Like etter slaget er det blant annet vanlig å oppleve uoversiktighet og dagene kan være preget av vekslende bevissthetsnivå

forvirring og hukommelsessvikt. Når tilstanden etterhvert har stabilisert seg opplever mange enten optimisme og en forventning av å komme tilbake slik livet var før, mens andre opplever mer fortvilelse og nedstemthet. (Kirkevoll, 2018, s. 468).

5.1.3 Studienes deltakere

I samtlige studier er deltakerne som har medvirket personer som på et tidspunkt i livet har gjennomgått et hjerneslag (Lynch et al., 2008; Haugen et al., 2019; Kitzmüller et al., 2012; Pettersen et al., 2017; Pedersen et al., 2019). I studien til Lynch et al. (2008) deltar også et fåtall pårørende, men deres medvirkning vektlegges ikke i vår oppgave da vi ikke ser det som relevant for oppgavens hensikt. Resultatene vi presenterer i oppgaven er utelukkende sentrert rundt et pasientperspektiv. Antall deltakere i studiene varierer fra 9 til 23. Med tanke på at det lever anslagsvis 55 000 mennesker i Norge som har gjennomgått et hjerneslag kan man med kritisk syn stille spørsmål ved representativiteten til utvalget i artiklene (Kirkevold, 2018, s. 465).

Deltakerens aldersspenn er varierende i de fem studiene som brukes for å svare til oppgavens hensikt. I studien til Lynch et al. (2008) vises alder til som ekskluderende kriterium. For å kunne delta i studien må deltakerne være over 18 år (Lynch et al., 2008, s. 518). Ingen av de andre studiene presenterer alder som avgjørende for deltakelse. Totalt sett inkluderer studiene deltakere innen aldersspennet 32-85 år. Under arbeidet med utvelgelse av studier til oppgaven, tok vi en avgjørelse om å ikke ekskludere artikler vi vurderte som gode og relevante for oppgavens hensikt, basert på deltakernes alder. Vi ønsket med dette å skape et bredt og nyansert bilde på hvordan livskvaliteten påvirkes av et hjerneslag på et generelt basis. Hadde vi avgrenset problemformuleringen til å gjelde "eldre" eller "yngre" mennesker kunne utfallet av oppgaven muligens sett annerledes ut. Dette blir imidlertid spekulativt. Det er overvekt av mannlige deltakere i samtlige studier.

I fire av de fem studiene er deltakerne rekruttert gjennom kontakt med helsevesenet. I studien til Lynch et al. (2008) er de imidlertid rekruttert gjennom plakater opphengt på ulike arenaer. Vi har en forståelse av at arena for rekruttering kan ha betydning for utvalget i studiene og dermed også resultatene. Deltakerne i studien til Lynch et al. (2008) kan spekulativt oppleve funksjonsendringer av annen grad eller omfang enn de andre da rekrutteringsarenaen ikke sier noe om de lenger er i kontakt helsevesen. Dette kan også si noe om tidsperspektiv siden gjennomgått slag.

5.1.4 Etisk overveielser

Et hjerneslag kan oppleves som en traumatisk hendelse for den rammede og omgivelsene rundt (Pettersen et al., 2017, s. 93). Tre av de fem anvendte studiene presenterer etikk under kapittel for metode. Det vises til at de følger gjeldende forskningsetiske prinsipper og retningslinjer og / eller er godkjent av etisk komite i Norge. Samtlige studier oppgir også at deltakere har fått informasjon og samtykket skriftlig til deltakelse. I studien til Kitzmüller et al. (2012) tar de høyde for at å beskrive en slik traumatisk opplevelse, som et slag kan være, kan vekke vonde minner og sterke emosjoner. De ble informert hvor de kunne søke støtte etter deltakelse om nødvendig. Man kan også lese at deltakere ble oppfordret til å stoppe intervjuet om de ønsket, men ingen gjorde dette (Kitzmüller et al., 2012, s. 21).

I studiene til Lych et al. (2008) og Haugen et al. (2020) sier de ikke noe om etiske overveielser gjort under gjennomførelsen. Dette kan i ytterste konsekvens være en svakhet for oppgaven ved at resultater påvirkes. Vi vurderte likevel kritisk at gjennomførelse tilsynelatende, basert på metodekapittelet i studiene, fremstår i tråd med etiske retningslinjer og at resultatene de presenterer dermed vil være hensiktsmessige å bruke for å svare til oppgavens problemformulering (Lynch et al., 2018, s. 518-519; Haugen et al., 2020, s. 4-6).

5.1.5 Kvalitativ metode som tilnærming

Hensikten med bruk av kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, erfaringer, opplevelser, holdninger, tanker, forventninger og motiver, og å få frem nyanser. Denne metoden er hensiktsmessig når man er ute etter svar som *Hva betyr ...? Hvordan foregår ...?* eller *Hvordan oppleves ...?* (Thidemann, 2015, s.76). Alle studiene vi har brukt i oppgaven har benyttet kvalitativ tilnærming som metode. Vi ønsker med oppgavens hensikt å undersøke erfaring og tanker deltakerne har gjort seg etter hjerneslag, og hvordan livskvaliteten påvirkes av dette. Videre ønsker vi å kunne øke kunnskapen til sykepleier om hvordan livskvaliteten til pasienter påvirkes. I Friberg (2017) kan man lese at "Kvalitative studier har som mål å skape forståelse for en person og hans eller hennes livssituasjon" (Segesten, 2021, s. 108). Ved å anvende utelukkende kvalitative studier ønsker vi å formidle informative og detaljerte resultater. Hadde oppgavens hensikt også inkludert å finne ut for eksempel hvor mange slagrammede pasienter som opplevde de ulike funksjonsnedsettelsene

eller som opplevde redusert livskvalitet, kunne det vært hensiktsmessig å anvende triangulert metode.

Samtlige av studiene har brukt personintervju. Tre av studiene brukte semistrukturert intervjuguide, en av studiene brukte narrative intervjuer og den siste studien brukte fokusgruppeintervjuer. Det kan vurderes om resultatene som fremkommer av fokusgruppeintervjuene kan være noe avvinkende ettersom man muligens holder tilbake mer informasjon i en gruppe. Vi ser derimot ingen tegn til at studiens resultater er mindre informative, og vi har derfor valgt å ha den med i oppgaven.

5.1.6 Integrativ litteraturoversikt som metode

Vår litteraturoversikt inkluderer fem studier utvalgt etter en rekke kriterier og nøye seleksjon basert på relevans. Vi opplever at studiene individuelt svarer til oppgavens hensikt, og sammen skaper et helhetlig og nyansert bilde. Ved å undersøke studienes styrker og svakheter har vi vurdert at de fem artiklene er tilstrekkelig for å svare til oppgavens hensikt. Vi ser likevel at ved å inkludere ytterligere flere studier kunne sett at opplevelser av livskvalitet som fremkommer som mer sjeldne gjerne hadde fått større fokus. Både livskvalitet og hjerneslag er store og mangfoldige fagområder. Grunnet oppgavens størrelse valgte vi å begrense både antall empiriske studier, samt valgte kategorier for funn.

Vi har et blandet utvalg av norsk- og engelskspråklige studier. At noen av artiklene dermed må oversettes for å inkluderes i oppgaven kan være en svakhet. Viktige poeng og meningsbærende detaljer kan i ytterste konsekvens glippe. Vi har ved arbeid med oversettelse derfor brukt tilgjengelige oversettelsesverktøy kombinert med egen kompetanse for å skape en minimal feilmargin.

Vi hadde fra starten kun tenkt benytte studier yngre enn ti år. Etter nøye vurdering endret vi dette til å gjelde 15 år. Årsaken til dette var at vi under søk fant en artikkel vi opplevde av stor relevans for oppgavens hensikt, og samtidig tilførte ekstra faglig dybde når problemformulering skulle svares til. Valget ble basert på et kriterium som var viktig for oss i seleksjonsprosessen av litteratur; den var faglig oppdatert etter dagens standard.

5.2 Resultatdiskusjon

Studiene sett fra et helhetlig perspektiv avdekker en rekke ulike funn som forklarer hvordan slagrammede pasienter opplever en endring i livskvalitet (Lynch et al., 2008; Haugen et al., 2019; Kitzmüller et al., 2012; Pettersen et al., 2017; Pedersen et al., 2019). Selv om resultatene er presentert i tre ulike hovedkategorier har vi en forståelse av at flere funn har tett sammenheng. I studien til Kitzmüller et al. (2012) oppgir flere av deltakerne at endring i kroppslig funksjon har påvirket livskvaliteten negativt (Kitzmüller et al., 2012, s. 24). De viser blant annet til at dette har gitt negative følelser knyttet til egen kropp. Disse følelsene kan vi tolke som en endring i emosjoner slik som studien til Pedersen et al. (2019) tar opp (Pedersen et al., 2019, s.6). De ulike resultatene kan dermed tolkes tett sammen selv om de beskrives under hver sin kategori for funn. En funksjonsnedsettelse som følge av slag kan gi en endret opplevelse av den subjektive livskvaliteten knytte til ulike områder i livet.

5.2.1 En ukjent kropp

Ett av resultatene som vi basert på erfaringer forventet å finne under arbeid med de utvalgte studiene, var at endringer i kroppens funksjon etter hjerneslag var en påvirkningsfaktor på deltakernes livskvalitet. Man kan finne en del tydelige likhetstrekk i hvordan deltakerne i studiene fremstiller at endret fysisk kroppslig funksjon har påvirket livskvaliteten (Lynch et al., 2008; Haugen et al., 2019; Kitzmüller et al., 2012; Pettersen et al., 2017; Pedersen et al., 2019). Både i studien til Kitzmüller et al. (2012) og Pedersen et al. (2019) bruker informantene ordet ukjent om sin egen kropp etter slaget. De relaterer det direkte til fysiske funksjonsnedsettelser og funksjonelle endringer (Kitzmüller et al., 2012, s. 24; Pedersen et al., 2019, s. 6). I Solvoll (2017) kan man lese at dersom kroppens funksjon brått endres kan dette være medvirkende til en opplevelse av at kroppen motarbeider seg selv eller går på tverke (Solvoll, 2017, s.115). Vi kan av studien til Kitzmüller et al. (2012) tolke at denne opplevelsen er sentral når informantene forteller at livskvaliteten endres etter et slag. De oppgir at ulike kroppsdelene ikke lenger føles som en del av dem selv og at dette skaper negative følelser (Kitzmüller et al., 2012, s. 24). Vi tolker at studiene viser en entydig oppfatning av at deltakernes opplevelse av at kroppens endringer i etterkant av et slag, utelukkende påvirker livskvaliteten negativt (Kitzmüller et al., 2012, s. 24; Pedersen et al., 2019, s. 6). Studiene sier imidlertid ingenting om denne oppfattelsen endres over tid eller om den er vedvarende.

Deltakerne i begge studiene omtaler også et endret energinivå som en direkte konsekvens av at kroppens funksjoner har endret seg etter slaget. Årsakene som oppgis som grunnlag for det

endrede energinivået er imidlertid ulikt hos deltakerne. Mens noen viser til at en redusert kroppslig funksjon som ved lammelser gjør det krevende å gjennomføre hverdagslige aktiviteter, oppgir andre at bekymring over kroppens funksjoner er energitappende (Kitzmüller et al., 2012; s. 24, Pedersen et al., 2019, s. 6). De fleste mennesker vil erfaringsmessig kunne kjenne seg igjen i at vedvarende bekymringer kan oppta mye tid og være rot for et tankemønster som kan redusere livskvaliteten betraktelig.

Av teorikapittelet kan man lese at Travelbee (2011) omtaler at mennesker har en tendens til å ta for gitt å kunne evne hverdagslige gjøremål som å gå, se og kle seg selv om morgenen (Travelbee, 2011, s. 126). Dette kommer til uttrykk i studien til Kitzmüller et al. (2012). Det fremlagte resultatet kan tolkes slik at deltakerne sammenligner seg selv og evnene de hadde før slaget med deres nye livssituasjon. De viser til at de opplever negative følelser knyttet til tap av evner og en endret oppfattelse av egen kropp, og at dette har påvirket livskvaliteten (Kitzmüller et al., 2012, s. 24).

En svakhet i studiene er at de ikke omtaler at fysiske funksjonsnedsettelse kan oppleves veldig ulikt av to slagrammede pasienter, og at den erfarte opplevelsen er individuell og kan være svært ulik (Lynch et al., 2008; Haugen et al., 2019; Kitzmüller et al., 2012; Pettersen et al., 2017; Pedersen et al., 2019).

5.2.2 Emosjonelle forandringer

I samtlige av de analyserte studiene ble endrede emosjoner avdekket som en årsak til endret livskvalitet hos slagrammede pasienter (Pettersen et al., 2017, s. 95-98; Haugen et al., 2019, s. 10; Kitzmüller et al., 2012, s. 25; Pedersen et al., 2019; s. 6, Lynch et al., 2008, s. 521).

Frykten er sentral i hvordan deltakerne i studien til Pettersen et al. (2017) og Haugen et al. (2019) fremstiller at endrede emosjoner, som følge av hjerneslaget, har påvirket deres subjektive opplevelse av livskvalitet (Pettersen et al., 2017, s. 95-98; Haugen et al., 2019, s. 10). Professor i psykologi Leif E. O Kennair beskriver frykt som en grunnleggende ubehagelig emosjon utviklet for å beskytte organismen mot faktiske farer ved å for eksempel unngå eller beskytte seg mot farer (Kennair & Malt, 2021). Man kan av studiene tolke at frykten kommer til uttrykk på ulike måter. For noen av deltakerne er det en endret evne til gjennomførelse av hverdagslige oppgaver, som for eksempel å spise, som er grunnlaget for frykten. De er redd for

å sette mat i halsen og kveles. Andre informanter frykter for nye slag. De beskriver at dette legger føringer på hvordan de nå lever livet. Dette underbygges av den overnevnte teorien (Pettersen et al., 2017, s. 95-98; Haugen et al., 2019, s. 10).

Basert på egne erfaringer har vi en forståelse av at psykiske plager etter hjerneslag er et utbredt problem. Rundt en tredjedel av slagrammede opplever å få depresjon i løpet av det første året etter slaget (Kirkevold, 2018, s. 468). Dette og andre emosjonelle forandringer er vanlige reaksjoner på den "katastrofen" som har hendt og konsekvensene av dette (Wergeland, Ryen & Ødegård-Olsen, 2017, s. 309). Flere av studiene la vekt på betydningen av nedstemthet som konsekvens av hjerneslaget, men bare Kitzmüller et al. (2012) la vekt på hvor dyp denne depresjonen kunne bli, ved at noen opplevde så sterke symptomer som selvmordstanker (Kitzmüller et al., 2012, s. 25). Basert på personlige erfaringer har vi en fortolkning av at det kan være vanskelig for personer å prate om psykisk helse. Av denne grunn har vi gjort oss noen tanker om at deltakerne kan ha holdt igjen informasjon basert på at det er sårt å prate om.

Emosjonelle forandringer kan også være et resultat av den skaden hjernen har fått etter slaget. Sider ved personligheten som ikke har vært særlig fremtredende før, kan ofte bli forsterket, som aggressivitet, hissighet, initiativløshet og kritikkkløshet (Wergeland et al., 2017 s. 309). Dette kom også frem i studiene til Pedersen et al. (2019) og Lynch et al. (2008) hvor deltakerne opplevde disse endringene (Pedersen et al., 2019; s. 6, Lynch et al., 2008, s. 521). Av tidligere personlige erfaringer ser vi dette i direkte sammenheng både for pasient og pårørende. Vi har en oppfattelse av at disse endringene kan skape stor frustrasjon og fortvilelse, og videre skape negative følelser.

Studiene til Pedersen et al. (2019) og Pettersen et al. (2017) avdekker at aksept og forsoning med sin nye situasjon i etterkant av slaget ga noen deltakere en opplevelse av økende livskvalitet (Pedersen et al., 2019; s. 6, Pettersen et al., 2017, s. 96). I studien til Kitzmüller et al. (2012) kommer det til uttrykk at for noen, i hovedsak eldre mennesker, kan slaget være med å skape fokus på andre aspekter i livet (Kitzmüller et al., 2012, s. 25-26). Dette tolker vi, satt i kontekst, som i en positiv forstand. Konsekvensene av et slag er individuelle for hver av deltakerne i studiene. Man kan anta at omfanget av funksjonsnedsettelse de opplever i etterkant av slaget sammen med livsstadiet og personenes mestringsstrategier kan være innvirkende på evnen til forsoning og aksept. Flere studier kopler mestring opp mot livskvalitet. Det fremkommer at unnvikende mestringsstrategier kan innvirke negativt på livskvalitet, men

aktive mestringsstrategier har en positiv innvirkning på den subjektive livskvaliteten (Kristoffersen, 2017, s. 276).

5.2.3 Et endret sosialt liv

Det å være knyttet til andre mennesker man omgås gjennom deling av blant annet felles interesser og verdier gir en følelse av tilhørighet og fellesskap (Helgesen, 2017, s. 142). Tap av denne tilhørigheten gjennom endret yrkesstatus som følge av slaget oppgis i studien til Kitzmüller et al. (2019) som en årsak til en opplevelse av verdiløshet, lav selvtillit og usikkerhet (Kitzmüller et al, 2012, s. 25). Dette tolker vi videre at kan være en årsak til andre endringer i sosiale relasjoner deltakerne opplever.

Den franske filosofen Merleau-Ponty utviklet et begrep om “den levde kroppen”. I dette la han til grunne at det kropp og bevissthet var en uatskillelig enhet. Han forklarte videre at kroppslige forandringer som ved sykdom alltid vil føre til en forandring av forholdet til omgivelsene (Bjørk & Breievne, 2017, s. 16-17). I studien til Lynch et al. (2008) kommer det til uttrykk at slaget, for noen deltakere, har gitt et endret forhold til personer i nære sosiale omgivelser som barn og ektefelle (Lynch et al., 2008, s. 521). Deltakerne oppgir som konsekvens av dette endring i livskvalitet. Vi tolker at denne endring til nærstående personer man lever tett på kan knyttes til forventninger til seg selv og andre. Å ikke kunne fylle den rollen man tidligere har hatt som “den sterke faren” eller “forsørgeren” kan være sårt, tøft eller skape stor usikkerhet.

Deltakerne i studien til Lynch et al. (2008) og Kitzmüller et al. (2012) forteller også at kommunikasjon som følge av talevansker oppleves utfordrende for sosiale relasjoner og posisjoner (Lynch et al., 2018, s. 520; Kitzmüller et al., 2012, s. 25). Dette kan man også lese om i Kirkevold (2018) hvor det står at slagrammede ofte unngår sosiale sammenhenger, i tillegg til at andre unngår å kommunisere med dem på grunn av kommunikasjonsutfordringene (Kirkevold, 2018, s. 477). Studien til Kitzmüller et al. (2012) påpekte metaforer som å føle seg som en grønnsak (Kitzmüller et al., 2012, s. 25). I Kirkevold (2018) vises det også til at slagrammede ofte blir behandlet som dumme eller tilbakestående og blir ofte ikke behandlet med respekt, noe som kan true deres personlige og sosiale integritet (Kirkevold, 2018, s. 477).

I Helgesen (2017) kan man lese at sosial støtte og deltakelse kan ha en helsefremmende effekt på psykisk helse og kan knyttes tett mot å oppleve glede, vitalitet og livskvalitet (Helgesen, 2017, s. 142). Vi oppfatter at noen av deltakerne opplever å ikke møte sosial støtte som samsvarer med forventningene deres og at dette for dem medfører en negativ innvirkning på livskvaliteten. De påvirkes av hvordan viktige personer i deres omgivelser reagerer og oppfører seg rundt dem (Lynch et al., 2008, s. 521).

I studien til Haugen et al. (2019) kan man lese at deltakerne oppgir synlige funksjonsnedsettelse som en årsak til vegring for å delta i sosiale sammenhenger (Haugen et al., 2019, s. 10). Vi tolker dette funnet til redsel for stigmatisering og opplevelse av utrygghet. Psykologen Erik H. Erikson beskriver trygghet og tillit som grunnleggende for at en god relasjon mellom mennesker skal utvikle seg (Helgesen, 2017, s. 146). Basert på egne personlige erfaringer har vi en opplevelse av at mange slagrammede vegrer seg for delta i sosiale sammenhenger hvor ikke alle til stede har kjennskap til deres situasjon, og at dette kan være årsak til utrygghet.

5.2.4 Konklusjon

Vi konkluderer dermed med at mange slagrammede pasienter opplever en endring i livskvalitet etter gjennomgått hjerneslag. Endring i fysisk funksjon, psykisk helse og samt sosiale relasjoner oppgis som de hyppigste faktorene til dette. Vi mener at sykepleier med økt kunnskap om slagrammede pasienters subjektive erfaringer knyttet til opplevelse av livskvalitet, vil kunne ha et bedret utgangspunkt for å yte personsentrert og helhetlig sykepleie.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Våre funn i denne litteraturoversikten avdekker at den subjektive opplevelsen av livskvalitet endres hos de fleste mennesker som har gjennomgått et hjerneslag. For å kunne yte helhetlig sykepleie er det grunnleggende å være faglig teoretisk oppdatert, men også ha kjennskap til pasienters erfaring med sykdommen. Vi vil med dette som utgangspunkt presentere noen utvalgte forslag til tiltak sykepleier kan iverksette for å kunne oppnå dette. Tiltakene har til hensikt å ivareta og fremme livskvalitet hos pasienten. På denne måten mener vi at sykepleier etter yrkesetiske retningslinjer 2.3 vil kunne ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg etter beste evne (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Vi presenterer følgende forslag til tiltak:

- Vi foreslår økt fokus på at sykepleier informerer pasienten om støttegrupper for slagrammede pasienter. Dette for å kunne ha en arena for å dele erfaringer og tanker om endrede emosjoner med mennesker med sammenlignbar sykdomsopplevelse
- Vi foreslår at sykepleier tidlig i sykdomsforløpet motiverer pasientene til deltakelse i aktiviteter og sosiale settinger. Dette for å kunne redusere opplevelse av frykt, og påvirke livskvaliteten.
- Vi anbefaler at sykepleiere, i lys av ny tilegnet kunnskap om hvordan livskvaliteten kan endres, deler nyttig informasjon med pasientens pårørende. Dette etter gjeldende lovgivning for taushetsplikt, med hensikt å skape økt forståelse og støtte.
- Vi anbefaler at det rettes fokus mot positive effekter av kartlegging av pasientenes subjektive opplevelse av livskvalitet, både akutt innleggelse i sykehus og ved mottak av helsetjenester i hjemmet. Dette for å kunne øke kunnskapen ytterligere.
- Ved økt kunnskap om at ulike mestringsstrategier har innvirkning på livskvalitet, foreslår vi at sykepleier har fokus på å aktivt fremme kunnskap om mestringsstrategier til slagrammede pasienter.

REFERANSER

- Barstad, A. (2019, 4. juni). Livskvalitet. Hentet fra <https://snl.no/livskvalitet>
- Bertelsen, A. K. (2019). Sykdommer i nervesystemet. I Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling* (utg. 2, s. 320-343). Oslo: Gyldendal akademisk
- Bjørk, I.T. & Breievne, G. (2017). Kropp og velvære. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie : Grunnleggende behov funksjon* (3. utg., 2 bind, s. 13-37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bøe, M.G., Pettersen, S. & Haraldstad, K. (2017). «Frisk, men likevel ikke som før ...» Slagrammedes erfaringer etter hjerneslag og trombolytisk behandling. *Nordisk sykeplejeforskning*, 7(2), 90-103. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-02-02>
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (utg. 6). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserad examensarbeten* (3. utg., s. 129-139). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserad examensarbeten* (3. utg., s. 141-151). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hauge, H.K., Myhrer, T. & Willumsen, T. (2019). Nedsatt livskvalitet og oralfunksjon etter hjerneslag. En kvalitativ studie. *Sykepleien*, 14. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79355>
- Helgesen, A. K. (2017). Sosial kontakt. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., 3 bind, s. 141-163). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kennair, L. E. O. & Malt, U. (2021, 11. april). Frykt. Hentet fra <https://snl.no/frykt>
- Kirkevold, M. (2018). Hjerneslag. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (utg. 2, s. 464-479). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kitzmüller, G., Häggström, T. & Asplund, K. (2012). Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Med health care and Philos*, (16), 19-29. <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9403-y>
- Kristoffersen, N. J. (2017). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (utg. 3, bind 1, s. 29-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Stress og mestring. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., 3 bind, s. 237-286). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lynch, E. B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C. J., Perez, L. & Cella, D. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships. *Journal of rehabilitation medicine*, 40, 518-523. [10.2340/16501977-0203](https://doi.org/10.2340/16501977-0203)
- Nes, R. B. (2019, 23. 09) Fakta om livskvalitet og trivsel. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pedersen, S., Anke, A., Pallesen, H., Moe, S. & Arntzen, C. (2019). Experiences of quality of life the first year after stroke in Denmark and Norway. A qualitative analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14, 2-15. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1659540>

- Pettersen, S., Bøe, M. G. & Haraldstad, K. (2017). «Frisk men likevel ikke som før...» Slagrammedes erfaringer etter hjerneslag og trombolytisk behandling. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(2), 90-103. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-02-02>
- Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserad examensarbeten* (3. utg., s. 105-108). Lund: Studentlitteratur AB.
- Solvoll, B-A. (2017). Identitet og egenverd. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., 3 bind, s. 105-137). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (utg. 1). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, K. (2018). Aldringsteorier. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (utg. 2, s. 58-72). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (utg. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegård-Olsen, T. G. (2017). Sykepleie ved hjerneslag. I Stubberud, D. G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.), *Klinisk sykepleie* (utg. 5, bind 2, s. 303-328). Oslo: Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG

Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
16/03.22	Oria	slag OG livskvalitet	2012-2022 Fagfelleverdert	106	7	3	1
17/03.22	Cinahl	livskvalitet AND hjerneslag	2012-2022 Peer reviewed språk: norsk	3	1	1	1
22/03.22	Oria	(quality of life) AND (after stroke) AND social relation)	2000-2022 Fagfelleverdert språk: engelsk	66 853	4	2	2
22/3.22	Oria	(unfamiliar body) AND stroke AND (quality of life)	2012-2022 Fagfelleverdert språk: engelsk	2772	9	4	1

Vedlegg 2. Litteraturmatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier / pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasj on	Hovedfunn/ resultater
Hauge, H.K., Myhrer, T. & Willumsen, T. (2019). Sykepleien. Norge.	Nedsatt livskvalit et og oralfunks jon etter hjernesla g. En kvalitativ studie	Belyse generell og oral livskvalitet hos pasienter som har erfart hjerneslag, samt hvordan nedsatt oral funksjon påvirker den slagramme des livskvalitet sosialt og funksjonelt .	Pasientpers pektiv	Kvalitativ studie. -Personintervju.	16 deltakere	Kombinasjonen hjerneslag og oral helse ser ut til å reduere både den generelle og den orale livskvaliteten. Redusert oralfunksjon oppleves stigmatiserende i sosiale sammenhenger, fører til redusert matinntak og kan gi ytterligere komplikasjoner av helsetilstanden.
Kitzmüller, G., Hägström. & Asplund, K. (2012). Norge.	Living an unfamilia r body: the significa nce of the long- term influence of bodily changes on the perceptio n of self after stroke	Belyse betydninge n av den langsiktige påvirkning en av kroppslige endringer på oppfatning en av seg selv etter hjerneslag.	Pasientpers pektiv	- Kvalitativ studie - Personintervju	23 deltakere	Studien viste at den langvarige opplevelsen av kroppslige endringer etter hjerneslag er sammenvevd med en endret selvoppfatning. Den rapporterte om blant annet påvirkningen av kroniske smerter, tretthet og følelsen av kroppslig ukjenthe
Lynch, E. B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C. J., Perez, L. & Cella, D. (2008). USA.	A qualitive study of quality of life after stroke: The importan ce of social relations hips.	Å undersøke livskvalitet etter å ha gjennomgå tt slag og sammenhe ngen mellom dette og sosiale faktorer.	Pasient - og pårørendep erspektiv	-kvalitativ studie -Gruppeintervju	15 deltakere fordelt på 2 fokusgru pper; pasienter og pårørend e/omsorg spersoner	Funnene viser til viktigheten av sosiale faktorer, som sosial støtte og sosial funksjon, i sammenheng med livskvalitet etter hjerneslag.

Kandidatnummer: 5258 + 5159

<p>Pedersen, S., Anke, A., Pallesen, H., Moe, S. & Arntzen, C. (2019). International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. Norge/Danmark.</p>	<p>Experiences of quality of life the first year after stroke in Denmark and Norway. A qualitative analysis.</p>	<p>Undersøke livskvaliteten under det første året etter et hjerneslag i Nord - Norge og sentral-Danmark.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>-kvalitativ studie -individuelle dybdeintervju 12 mnd. etter gjennomgått hjerneslag</p>	<p>11 deltakere</p>	<p>Funnene viser at trettheten og vedvarende redusert funksjon som følge av hjerneslag, påvirket opplevde livskvaliteten negativt.</p>
<p>Pettersen, S., Bøe, G. M. & Haraldstad, K. (2017) Nordisk sykeplejeforskning. Norge.</p>	<p>Frisk, men likevel ikke som før ...” Slagram med erfaringer etter hjerneslag og trombotisk behandling</p>	<p>Få mer kunnskap om slagrammede erfaringer etter trombotisk behandling ; hvordan livskvaliteten er påvirket og på hvilken måte hjerneslaget har hatt betydning for endring av livsstil for å forebygge nye hjerneslag.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>-Kvalitativt studie - forskningsintervju</p>	<p>9 deltakere</p>	<p>Flere av deltakerne erfarte at hjerneslaget påvirket livskvaliteten. Utfordringer som ble nevnt var i stor grad lite synlige for andre. Flere av deltakerne opplevde økt bevissthet knyttet til egen livsstil. Informasjon samt sykepleiers forebyggende og helsefremmende rolle bør få større oppmerksomhet for å bidra til pasientens mestring av utfordringer og bedre livskvalitet etter slaget.</p>