



BACHELOROPPGAVE 2015

**HVORDAN KAN SYKEPLEIERE IDENTIFISERE
OG FOREBYGGE DEPRESJON ETTER
HJERNESLAG?**

FORFATTERE:
LINN HELENE BAKKE OG RENATE AMALIE FOSSHAUGEN

Dato: 20.11.2015

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere identifisere og forebygge depresjon etter hjerneslag?	Dato : 20.11.15
Deltaker(e)/	Linn Helene Bakke	
	Renate Amalie Fosshaugen	
Veileder(e):	Hege Kletthagen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Depresjon, hjerneslag, kartlegging, håp	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell):
50/12057		Konfidensiell
<p>Bakgrunn: Depresjon er et utbredt og alvorlig problem blant slagpasienter. Depresjon rammer 20 - 40 % av pasienter med hjerneslag. Hjerneslag vil ha en økning på 50 % i årene som kommer grunnet den økende andelen eldre, samt hvis forebygging ikke blir mer effektivt.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan sykepleier kan identifisere depresjon etter hjerneslag, samt hvilke rolle sykepleier har i forebygging av depresjon.</p> <p>Metode: Dette er en litteraturstudie hvor det er foretatt søk i databaser som: Cinahl, SweMed+, Ovid Nursing Database og Embase og Google Scholar, i tiden 17.10 – 21.11.2015.</p> <p>Søkeord: Post stroke depression, stroke, health related quality of life, nursing, recovery, hope, rehabilitation, early depressive symptoms.</p> <p>Resultat: Det er flere ulike faktorer som kan påvirke depresjon etter hjerneslag. Det viser seg at informasjonen som blir gitt til pasientene er mangelfull. Sykepleier må forsøke å få pasientene til å gjenvinne håp for fremtiden, noe som vil kunne bidra til å øke livskvaliteten hos den enkelte pasient. For å identifisere depresjon er man avhengig av å benytte ulike kartleggingsverktøy, tilpasset den enkelte.</p> <p>Konklusjon: For å identifisere depresjon etter hjerneslag er det viktig med grundige observasjoner i tillegg til bruk av kartleggingsverktøy. Identifisering på et tidlig stadium er viktig for å kunne iverksette forebyggende tiltak. Sykepleiers kompetanse har en sentral rolle for å forebygge depressive symptomer, både i akutfasen og senere i forløpet etter hjerneslaget. Håp, tilstrekkelig informasjon og tillit mellom sykepleier og pasient er viktig for forebygging av depresjon.</p>		

ABSTRACT

Title:	How nurses can identify and prevent depression after stroke?	Date : 20.11.15
Participants/	Linn Helene Bakke	
	Renate Amalie Fosshaugen	
Supervisor(s)	Hege Kletthagen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Stroke, depression, mapping, hope	
Number of pages/words: 50/12057	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): Cofidential
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: Depression is a widespread and serious problem among stroke patients. 20 to 40% of these patients are affected by depressions. There will be a 50 % increase of strokes if prevention does not become more effective, the main cause of this is due to the increasing proportion of elderly.</p> <p>Purpose: The purpose of this study has been to investigate how nurses can identify depressions after a stroke, and what role nurses have in the prevention of depressions.</p> <p>Methods: This is a literature study, searches have been carried out in databases such as: Cinahl, SweMed+, Ovid Nursing Database, Embase and Google Scholar. Time-period: 17.11-21.11.2015. Keywords: Post stroke depression, stroke, health related quality of life, nursing, recovery, hope, rehabilitation, early depressive symptoms.</p> <p>Results: There are numerous different factors that can affect depression after stroke. The information provided to the patient is not sufficient. Nurses should attempt to help the the patients regain hope for the future, which again will help improve quality of life. The nurses are dependent on utilizing various surveillance tools to identify the depression and find which is best suited for each individual patient.</p> <p>Conclusion: To identify depression after a stroke it is important to utilize the correct surveillance tools and have good observations of the patient. Identification at an early stage is important in order to initiate preventive measures. The nurses competence plays a key role in preventing depressive symptoms, both in the acute phase and later on after the stroke. Hope, sufficient information, confidence and trust between nurse and patient is important for the prevention of depression.</p>		

Innhold

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Sykepleiefaglig relevans	7
1.2 Temaets relevans til seksjonens forskningsområder	7
2.0 BAKGRUNN	8
2.1 Cerebralt insult.....	8
2.2 Depresjon etter hjerneslag.....	9
2.3 Kartlegging av depresjon etter hjerneslag.....	13
2.4 Hensikt og problemstilling.....	14
3.0 METODE	15
3.1 Litteraturstudie som metode.....	15
3.2 Søkesprosessen	17
3.3 Kvalitativ og kvantitativ studie	20
3.3.1 Kvalitativ metode	20
3.3.2 Kvantitativ metode	20
3.4 Utvelgelsesprosessen	20
3.5 Analyseprosessen.....	22
3.6 Forskningsetikk.....	22
4.0 RESULTAT	23
4.1 Kunnskap, kompetanse og kartlegging	29
4.2 Fremme håp	30
4.3 Kunnskap og kompetanse	32
4.4 Forebygge depressive symptomer.....	32
5.0 DRØFTING.....	33
5.1 Betydningen av kartlegging å depresjon etter hjerneslag	33
5.2 Betydningen av håp og gjenvinning av håp	35
5.3 Betydningen av kompetanse og kunnskap hos sykepleiere	37

5.4 Intervensjoner som kan redusere depressive symptomer.....	38
5.5 Metodekritikk.....	41
6.0 KONKLUSJON	43
7.0 LITTERATURLISTE	45

Antall ord: 12057

1.0 INNLEDNING

I Norge blir mellom 15000-16000 mennesker rammet av hjerneslag hvert år, og tallene vil øke i årene som kommer (Kouwenhoven og Kirkevold 2013). Hvert åttende dødsfall i Norge skyldes hjerneslag, og er den tredje hyppigste dødsårsaken i landet, samt at det er den viktigste årsaken til langvarig funksjonssvikt (Bjerke 2014). I følge Nasjonale retningslinjer for rehabilitering og behandling av hjerneslag (2009) vil antall slagrammede i Norge ha en økning på 50 % de neste 20 årene, hvis ikke forebyggingen av hjerneslag blir mer effektiv. Dette er en følge av økningen i andelen eldre i Norge (Helsedirektoratet 2009). Wergeland, Ryen og Olsen (2010) hevder at disponerende faktorer som kan gi hjerneslag er blant annet røyking, alder, overvekt, høyt blodtrykk, diabetes melitus, atrieflimmer, hyperkolesterolemi, hjertesvikt og lite fysisk aktivitet. For å forebygge hjerneslag kan sykepleier motivere pasienten til å endre livsstil, for eksempel endre røykevanene, være mer aktiv, samt endre kostholdet. Iversen, Selmer og Hånes (2012) skriver i en artikkel relatert til hjerneslag at i en undersøkelse gjort i Nord-Trøndelag viste det seg at kvinner som var i fysisk aktivitet på fritiden halverte risikoen for å utvikle hjerneslag.

Fure (2007) skriver i sin forskningsartikkel «Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag» at emosjonelle symptomer er blant de mest oversette utfallene etter et hjerneslag. Av de emosjonelle symptomene er det depresjon som er best beskrevet. Depresjon forekommer hos 20 - 40 % av pasientene som har gjennomgått et hjerneslag. Det er viktig at sykepleiere vet at pasienten ikke alltid utvikler en depresjon i akutfasen, men at det kan forekomme senere i forløpet, for eksempel etter at pasienten er kommet hjem. I forskningsartikkelen «Å leve med depresjon» beskriver Kouwenhoven og Kirkevold (2013) at depresjon er ofte et oversett fenomen, selv om det er et kjent fenomen som har vært beskrevet i fag -og forskningslitteraturen i over 100 år. Det viser seg at sykepleiere ikke er gode nok til å observere depresjon hos slagrammede pasienter, på bakgrunn av at depresjon etter et gjennomgått hjerneslag er et komplekst fenomen. Konsekvensene av hjerneslaget og symptomene på depresjon er ofte overlappende på grunn av at de depressive symptomene ikke kan ses løst ut fra hvordan pasienten opplever situasjonen som helhet.

Denne bacheloroppgaven omhandler hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge utvikling av depresjon hos pasienter som har gjennomgått et hjerneslag, samt identifisering av

depresjon. Valg av tema var på bakgrunn av egne erfaringer gjennom praksis. Begge forfatterne av denne oppgaven har sett de utfordringene denne alvorlige sykdommen fører med seg i etterkant av et slag. Ved å belyse den valgte problemstillingen er det ønskelig å legge frem nødvendig kunnskap om hvordan sykepleier kan bistå pasienter psykisk.

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Grunnlaget for å yte god sykepleie skal være respekten for hvert enkelt menneske (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pasienter som opplever et hjerneslag har flest liggedøgn i somatiske helseinstitusjoner (Wergeland, Ryen og Olsen 2010). Kouwenhoven og Kirkevold (2013) sier at sykepleiefunksjonen spiller en viktig rolle for slagrammede, og at å gi støtte, hjelp og å assistere ofte kan være en kompleks situasjon for sykepleieren. De påpeker også at sykepleiere vil ha en bevarende og integrerende funksjon, i tillegg til å ha en trøstende og støttende rolle i prosessen hvor pasienten må forstå sin egen situasjon. Det viktig at sykepleier har kunnskap om depresjon etter hjerneslag, slik at en kan gjenkjenne og ta tak i tidlige tegn på depressive symptomer for å kunne iverksette forebyggende tiltak (Kouwenhoven og Kirkevold 2013).

1.2 Temaets relevans til seksjonens forskningsområder

Høgskolen i Gjøvik har tre ulike forskningsområder; «Utdanningskvalitet», «Kvalitet i sykepleie» og «Helse i dagliglivet» (HiG 2014a). Emnet det skrives om i bacheloroppgaven relateres til det sistnevnte området; «Helse i dagliglivet». «Helse i dagliglivet» omfatter to fokusområder: Å leve med helsesvikt og Kritiske livshendelser. Å leve med helsesvikt rettes mot hvordan velvære og helse kan oppnås, og mot hva helsesvikt innebærer. Kritiske livshendelser rettes mot hendelser mennesker blir rammet av i løpet av livet. Innenfor begge disse områdene har sykepleieren en forebyggende og helsefremmende funksjon (HiG 2014b).

2.0 BAKGRUNN

I bakgrunnen presenteres kunnskapsgrunnlaget om: Cerebralt insult, depresjon etter hjerneslag og kartlegging av depresjon etter hjerneslag. Oppgavens hensikt og problemstilling vil bli presentert avslutningsvis i avsnittet.

2.1 Cerebralt insult

Hjerneslag eller cerebralt insult er et samlebegrep for det symptombildet en får når deler av hjernen mister deler av- eller hele sin blodforsyning (Wergeland, Ryen og Olsen 2010). På nettstedet Slag.no (2012) skrives det at Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver hjerneslag som en global forstyrrelse eller en plutselig oppstått fokal i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som fører til død eller som vedvarer mer enn 24 timer. Wergeland, Ryen og Olsen (2010) skriver at ved hjerneslag oppstår symptomene som oftest plutselig. Symptomene på hjerneslag avhenger av skadens lokalisering og omfang. Jacobsen og Dietrichs (2010) hevder at som oftest er ekstremitetslammelsene ensidige, og pasienten har opphevet eller redusert muskelkraft i bein og armer på den ene siden. Lammelsene kommer på motsatt side av den delen av hjernen som er rammet på grunn av at nervefibrene krysser midtlinjen i hjernen. Sammen med lammelsene oppstår det også som regel skjevheter i nedre del av ansiktet. Taleforstyrrelser er også et av symptomene som kan oppstå ved hjerneslag, dersom talesenteret rammes. Dette kalles afasi eller dysfasi. Afasi er manglende taleevne og dysfasi er redusert taleevne. I tillegg til disse symptomene kommer også dysfagi, dette hvis svelgemuskulaturen rammes.

Et hjerneslag kan deles inn i tre undergrupper; hjerneinfarkt (85 - 90 %), hjerneblødning (10 - 12 %) og hjernehinneblødning (3 - 5 %) (Jacobsen og Dietrichs 2010). I følge Wergeland, Ryen og Olsen (2010) forklares hjerneinfarkt med at en blodåre tilstoppes, noe som gjør at blodtilførselen blir hindret til større eller mindre deler av hjernen. Jacobsen og Dietrichs (2012) hevder at ved hjerneblødning er det oftest en trombe som hovedsakelig består av trombocytter, erytrocytter og fibrin, og er vanligvis festet til endotelet i karveggen. Det kan også være embolus som vanligvis er en del av en trombe som følger med blodstrømmen helt til den setter seg fast og tilstoppes (s. 112). Hjernehinneblødning skyldes at en arterie sprekker i hjernehinnen eller i hjernen. Hvis symptomene trekker seg tilbake i løpet av 24 timer, kaller

vi det et transitorisk ischemisk anfall (TIA).

2.2 Depresjon etter hjerneslag

Depresjon kommer opprinnelig fra latin og betyr nedtrykking. Depresjon er en subjektiv opplevelse og definisjonen kan stå for en sinnsstemning, et syndrom eller en sykdomsgruppe (Hummelvoll 2012). Sårbarhet-stress-modellen er en grunnleggende tankemodell i forståelsen av psykisk helsearbeid. Dette vil si at det er en kombinasjon av foreliggende sårbarhet på den ene siden, mens det på den andre siden er stress som når et nivå som pasienten ikke greier å hankses med. Dette kan resultere i at den psykiske likevekten bryter sammen, og at pasienten dermed mister evnen til å fungere som tidligere (Hummelvoll 2012). Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) presiserer imidlertid at dette ikke er en forklaringsmodell, men en tankehjelp. Modellen kan benyttes som et verktøy for å kunne forstå hva som kan opprettholde livsbalansen og motvirke problemer og sårbarhet. Det er individuelt hvordan mennesker tåler stress og påkjenninger, hvor det er en kombinasjon mellom biologisk sårbarhet, - hvor man kan utvikle lidelse som depresjon hvis man utsettes for ekstreme påkjenninger, og om man er genetisk disponibel for utvikling av psykiske lidelser. Om man er genetisk disponibel vil ikke det alene være avgjørende for utvikling av psykisk lidelse, men sårbarheten for stresspåkjenninger vil øke. Sårbarhet-stress-modellen vil være aktuell for å kunne kartlegge pasientens aktuelle situasjon. En forutsetning for å hjelpe et individ er å skape kontakt og etablere trygghet til andre mennesker, samt å møte pasienten i hans aktuelle situasjon (Hummelvoll 2012).

Depresjon er den vanligste psykiske lidelsen etter hjerneslag (Sagen, Lerdal og Dammen (2007). Forskning viser at hele 75 % som har overlevd et hjerneslag føler at livet blir lite meningsfullt, mens 65 % har problemer med gjenopptakelse av sosiale aktiviteter (Muus 2008). I gjennomgang av litteraturen finner man varierende tall for forekomsten av depresjon etter hjerneslag. Denne variasjonen kan forklares ved bruk av ulike metoder og kartleggingsverktøy, samt bruk av ulike diagnostiske retningslinjer. Det skilles ofte mellom gradene av depresjon; fra lett til alvorlig grad. Hvilke nevrologiske symptomer pasienten har etter hjerneslaget, kan være avgjørende for hvilke grad av depresjon pasienten får. Det er vist at pasienter med ingen eller milde nevrologiske symptomer etter hjerneslaget viser lavere forekomst av alvorlig depresjon, mens pasienter i sykehus med en større grad av nevrologiske og motoriske symptomer -og utfall oftest har en større sjanse for å utvikle en mer alvorlig

grad av depresjon. Ofte kan vi se at hver tredje pasient med hjerneslag rammes av depresjon på et eller annet tidspunkt. Hvis en pasient som har en alvorlig depresjon som følge av hjerneslaget ikke blir behandlet kan det ha en varighet på 1 år >. Varigheten på lettere depresjoner kan variere fra måneder til år. Depresjon etter hjerneslag er underdiagnostisert, og det kan se ut som at depresjon etter hjerneslag er hyppigere tilstede for hjerneslagpasienter enn for pasienter med sammenlignbare funksjonelle utfall. Ofte betraktes depresjon etter hjerneslag av leger og fagfolk som en "naturlig reaksjon på alvorlig sykdom." Når fortvilelsen og nedstemtheten ikke går over kan det være et tegn på at krisen går over i en depresjon (Sagen, Lerdal og Dammen 2007).

Pasientene med depresjon beskriver symptomer som; redusert stemningsleie, tap av interesse og livsglede og fatigue. Depresjon er i følge Fure (2007), best beskrevet, deretter kommer andre emosjonelle symptomer, som for eksempel angst. For å kartlegge alvorlighetsgraden av depresjonen har Fure (2007) brukt kartleggingsverktøyet DSM-IV som viser kriterier for depresjonen

Depresjonskriterier ifølge DSM-IV:

Hovedsymptomer

- Redusert stemningsleie
- Interesse- og gledeløshet
- Energitalp med tretthet og nedsatt aktivitet

Tilleggssymptomer:

- Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
- Redusert selvfølelse og selvtillit
- Skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse
- Planer om eller utføring av selvskaade eller selvmord
- Søvnforstyrrelse
- Redusert appetitt

Ved alvorlig depresjon må alle de tre hovedsymptomene være tilstede, samt minst fire av tilleggskriteriene. Ved mild depresjon er det tilstrekkelig med to av hovedkriteriene og to av tilleggskriteriene, mens ved moderat depresjon er det nødvendig med to hovedsymptomer og minst tre tilleggssymptomer. Fure (2007) henviser til en tidligere studie foretatt i Sverige i 1993, hvor det kommer fram at 25 % av slagpasientene i akuttfasen får alvorlig depresjon, 31 % får en alvorlig depresjon etter tre måneder, og 29 % etter tre år. Dette viser at pasientens sosiale situasjon har betydning for utviklingen av depresjon, og at hvor avhengig pasienten vil være av andre har en stor betydning.

Håkonsen (2014) definerer krise som "den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsning på en vanskelig situasjon" (s. 276). Kriser grupperes i traumatiske kriser, utløst av ytre faktorer, eksempelvis sykdom, og utviklingskriser som er forårsaket av livshendelser, for eksempel samlivsbrudd (Håkonsen 2014). Kringelen (2011) skiller mellom utviklingskrise som skyldes rolleforandringer livet bringer, og situasjonskriser i form av alvorlige ulykker, uventede dødsfall eller andre store påkjenninger. Disse situasjonskrisene deles inn i faser, som naturlig nok griper inn i hverandre. Sjokkfasen er typisk ved plutselige, uventede katastrofer, og den som opplever dette sjokket vil ofte benekte det som har skjedd. Hvis derimot krisesituasjonen utvikler seg gradvis, ser man ingen slik sjokkfase. Reaksjonsfasen varer fra uker til måneder. Realiteten begynner å gå opp for den som er utsatt for krisen. Individet forsøker å finne mening i det som har skjedd, og mange har behov for noen å prate med. Bearbeidings- eller reparasjonsfasen kan vare i flere måneder. Pasienten vil gradvis nå begynne å innstille seg på det som har hendt. En pasient som har gjennomgått et hjerneslag vil nå forsøke å godta sitt handikapp og forsøke å se fremover.

Hvis individet får hjelp til å finne en mening med erfaringen sykdom bringer med seg, kan dette ha en selvaktualiserende betydning for individet (Travelbee 2007). Pasienten som opplever et hjerneslag kan føle sorg og tap av egen funksjon (Fure 2007). Kristoffersen, Breievne og Nortvedt (2011) hevder at "felles for all lidelse er at den omfatter både kroppslige, psykiske og åndelige/eksistensielle sider ved menneskets situasjon"(s. 248).

Kouwenhoven og Kirkevold (2014) har skrevet en artikkel om depressive symptomer etter hjerneslag, der de stiller spørsmål om hvorvidt depresjon etter hjerneslag er et uttrykk for sykdom eller sorg. Tapet man opplever ved et hjerneslag vil ikke nødvendigvis være

permanent, og muligheten for å gjenvinne den funksjonen pasienten hadde før hjerneslaget vil være der i måneder og år etter et opplevd hjerneslag. Balansen mellom tap og at individet må akseptere det på den ene siden, og gjenvinne funksjon på den andre siden er både vesentlig og vanskelig. Artikkelen kommer frem til at depressive symptomer etter hjerneslag kan være en naturlig sorgreaksjon.

Å fremme mestring og håp står sentralt for sykepleieren i situasjoner der pasienten føler håpløshet, ensomhet og lidelse i forbindelse med vanskelige situasjoner og kriser. Lidelse opptar ofte en stor del av sykepleierens hverdag, og det er en utfordring for sykepleieren å hjelpe mennesker til å mestre lidelse (Rustøen 1991).

"Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønske om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige" (Travelbee 2007, s. 117).

Sykepleier vil bistå til å gjenvinne mestring og håp, slik at pasienten selv kan oppnå kontroll på situasjoner som føles håpløse. Mestring er et begrep som omhandler et spekter av handlinger og strategier som et forsøk på å få pasienten til oppnåelse av kontroll. At sykepleier har evne til å kunne gjenkjenne seg i, og å reagere på lidelse er en nødvendig forutsetning for å utvikle ferdigheter for å kunne lindre lidelse (Kristoffersen 2011b). Håkonsen (2014) definerer mestring som: "individets måte å forholde seg til, løse en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet" (s. 259).

Håkonsen (2014) sier at pasienten må bli aktiv i egen situasjon, og at hjelperen dermed må fremme en endring i tanker og følelser, samt å bistå pasienten slik at han eller hun greier dette. Kristoffersen (2011a) hevder at som sykepleier er man nødt til å bruke seg selv i møte med de ulike pasientene. Sykepleier må kunne gi rom for samtale, og at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Uavhengig av hvilken type lidelse pasienten er utsatt for, skal sykepleieperspektivet være rettet mot lindring av lidelse. Det er essensielt at sykepleiers tilstedeværelse og kliniske blick gjennom sorgen er betydningsfull for videre samarbeid med pasienten.

For å forebygge og behandle depresjon etter hjerneslag er det flere ulike typer tiltak som kan benyttes. Psykologiske intervensjoner kan i noen tilfeller være med på å redusere risikoen for å utvikle en depresjon etter et hjerneslag. Medikamentell behandling kan ved tilfeller av

alvorlig depresjon som følge av slaget ha noe effekt, men bivirkningene er mange. Det er også begrenset evidens for at medikamentell behandling har en ønskelig effekt for å forebygge depresjon etter hjerneslag. Ved alvorlig depresjon kan elektroshokk-behandling (ECT) være et alternativ for å behandle depresjonen, men også denne behandlingstypen kan gi betydelige komplikasjoner for pasienten. Behandlingen er ikke anbefalt for eldre pasienter som har gjennomgått slag, nettopp grunnet komplikasjonene dette kan medføre. Psykoterapi alene har heller ikke gitt en ønskelig evidens for en god behandlingsmåte for depresjon etter hjerneslag. Derimot har "life review" terapi (evidensbasert behandling), fysisk aktivitet, motiverende samtaler, informasjon og spesifikke sykepleieprogrammer har vært effektive metoder i behandling av depresjon etter hjerneslag. Kombinasjon av antidepressiva og psykososial intervensjon har en større effekt, enn antidepressiva -og psykologiske intervensjoner alene. Likevel er studiene som er blitt gjort på dette området små, noe som gir begrensede resultater (Kouwenhoven og Kirkevold 2014).

2.3 Kartlegging av depresjon etter hjerneslag

Det er viktig å diagnostisere og avdekke depressive symptomer hos slagrammede pasienter på et tidlig stadium, da det vil kunne ha negativ påvirkning på sluttresultatet av rehabiliteringen. Dette kan også trolig føre til økt dødelighet blant pasientene (Thommessen 2003). Travelbee (2007) mener at mennesket-til-mennesket-forholdet er et hjelpemiddel for sykepleiere til å oppfylle sine hensikter og mål. Behovene må ivaretas før de kan identifiseres. Hun mener at gjennom kommunikasjon og observasjon kan sykepleiere fastslå pasientens behov, noe som er det første nødvendige skrittet ved planlegging av sykepleieintervensjoner. I følge Thommessen (2003) finnes det forskjellige tester en kan bruke som hjelpemiddel for å diagnostisere og kartlegge depresjon, for eksempel Beck Depression Inventory (BDI), Montgomery-Aasberg Depression Rating Scale (MADRS) og Geriatric Depression Scale (GDS). Disse verktøyene kan være til god hjelp, men det negative er at de ikke er spesielt utviklet for slagrammede, og de inneholder spørsmål om symptomer som ofte er vanlige etter et hjerneslag uten at det nødvendigvis er en depresjon. Dette er for eksempel spørsmål om søvnbehov, appetitt og konsentrasjonsvansker. I følge Greenberg (2012) er GDS det beste kartleggingsverktøyet å bruke. Dette på grunn av at det er et skjema med ja-/nei - spørsmål som tar kort tid å besvare, noe som er positivt for pasienter som er urolige, er fysisk syke eller

for pasienter som føler seg utslitt og/ eller har vanskeligheter for å konsentrere seg. Farell (2007) skriver at i tillegg til disse kartleggingsverktøyene er det viktig at sykepleierne foretar en klinisk vurdering av pasienter med nedsatt kognitiv funksjon for å finne ut om de trenger behandling mot depresjon. Kouwenhoven og Kirkevold (2013) belyser dette med viktigheten av en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og at det er viktig at sykepleier undersøker hvordan pasienten om hvordan han opplever egen situasjon, og utfordringene rundt dette slik at sykepleier tidlig blir oppmerksom på depressive symptomer. Kouwenhoven og Kirkevold (2013) hevder også at dette ofte blir oversett.

2.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke roller og utfordringer sykepleiere har i forhold til identifisering og forebygging av depresjon etter hjerneslag. Dette fordi det er mange som lider av depresjon etter et hjerneslag uten at det blir oppdaget og behandlet. Sykepleierens utfordringer er å gjenkjenne tegn på depresjon samt og kartlegge dette. På bakgrunn av dette er det valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere identifisere og forebygge depresjon etter hjerneslag?

3.0 METODE

Dalland (2013) definerer begrepet metode slik: "Metoden er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap" (s. 50). Ulike metoder blir benyttet for å komme frem til ny kunnskap, samt det å kunne være kritisk til om påstander er holdbare og troverdige (Dalland 2013). I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode og det er valgt å bruke de seks trinnene i utvelgelsesprosessen til Forsberg og Wengström (2013). I trinn én velger man det interesseområdet som en vil undersøke, samt finne gode søkeord, mens man i trinn to bestemmes hvilke språk en ønsker at artiklene skal være på, samt hvilken tidsperiode en ønsker å søke forskning fra. Trinn tre starter søket i ulike databaser, trinn fire er søking av artikler på frihånd, slik at man finner pågående forskning på tema. Innenfor trinn fem foregår valg av artikler som deretter blir lest abstraktet, mens man i det siste punktet leser og kvalitetsgransker man de valgte artiklene (s, 84).

3.1 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie er det en fordel at forfatteren har muligheten til å oppsummere litteratur som allerede eksisterer om et emne (Aveyard 2014). En litteraturstudie gir ingen ny kunnskap, men ved å sammenligne kunnskap fra flere artikler kan man tilegne seg ny kunnskap (Støren 2010). Sammenfatningen fra de ulike artiklene forenkler oversikten for leseren slik at det er lettere å oppdatere seg, og det er ikke lenger nødvendig å benytte seg av primærkilden. Ved strukturerte søk etter litteratur, relatert til en fastsatt problemstilling har man muligheten til å sammenfatte og oppdage mangler i eksisterende litteratur, noe som kan påvirke forskningens validitet (Aveyard 2014). I følge Dalland (2013) står validitet for gyldighet og relevans. For det problemet som skal undersøkes må det som måles være relevant og gyldig. Målinger som utføres korrekt, og hvor feilmarginer er angitt, kalles reliabilitet.

I følge Forsberg og Wengström (2013) er det enkelte svakheter ved en litteraturstudie; forskeren har bare hatt et begrenset utvalg av forskningslitteratur, utvalget vil være selektivt, da forskeren selv velger studier som støtter på egne standpunkter, samt at ulike forskere kan komme frem til helt ulike konklusjoner innenfor samme område.

Polit og Beck (2014) påpeker at det er viktig å se på primærkilden til studiene ved å studere litteraturlista. En primærkilde er forskning basert på forskerens funn, mens sekundærkilde er

beskrivelse av forskning som allerede er utført av en annen forsker. Dette støttes også av Bjørk og Solhaug (2008) som beskriver primærkilden som en førstehåndskilde, og sekundærkilden som en andrehåndskilde, der materialet allerede er bearbeidet. Ved bruk av studier som er "litterature reviews" og som kan være relevante for benyttelse i oppgaven, bør man finne den opprinnelige artikkelen den bygger på i kildehenvisningen. En god litteraturstudie bør ha en logisk oppbygning, samt være ryddig og forståelig (Polit og Beck 2014).

3.2 Søkesprosessen

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Nummer	Referanse
Cinahl	1. Poststroke depression 2. Nursing care	1. 2. 1. AND 2.	171 80974 1.	1.	Ginkel, J. M. M. mfl. (2010) A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses I: <i>Journal of clinical nursing</i> , 19(23-24), s. 3274-3290
SweMed+	1. Depressive symptom 2. Hjemmesykepleie	1. 2. 1. AND 2.	1199 23 1	1.	Halvorsrud, L., I, Phar., og L, G, Kvarme (2014) Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. I: <i>Sykepleien forskning</i> , 9(3) s. 244-253
Cinahl	1. Health related quality of life 2. After stroke 3. Recovery	1. 2. 3. 1 AND 2 AND 3	10439 8992 52391 32	6.	Almborg, A, H. mfl. (2010) Discharged after stroke - important factors for health related quality of life. I: <i>Journal of clinical nursing</i> , 19(15-16), s. 2196-2206.
Cinahl	1. Hope 2. Stroke 3. Rehabilitation 4. Recovery	1. 2. 3. 4. 1 AND 2 AND 3 AND 4	14447 68331 126487 52410 32	2.	Tutton, E. mfl (2011) Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(9), s. 2061-2069
Cinahl	1. Early depressive symptoms 2. Stroke patients	1. 2. 1 AND 2	239 17357 4	2.	Kouwenoven. S. E. mfl. (2011) The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective. I: <i>International Journal of qualitative studies on health and well-being</i> , 6(4).
Ovid Embase	1. Early depressive symptoms 2. Stroke	1. 2. 1 AND 2	28 260826 6	1.	Richer, R., A., M. Volz og M. Jöbges., K. Werheid (2015) Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression. I: <i>The journal of nutrition, health & aging</i> . 19(7) s. 754-758

Søkeprosessen startet med å finne litteratur til oppgaven. Dette var en lang prosess som var tidkrevende og interessant. De fleste vitenskapelige artiklene som ble funnet innledningsvis handlet mer om rehabilitering og livskvalitet enn om depresjon alene som følge av et slag. Derfor ble det benyttet flere forskjellige søkeord. Det neste som ble gjort var å lage et tankekart om emnet, slik at det ble enklere å finne frem til valgt problemstilling. Pensumlista og andre relevante fagbøker ble studert for å innhente aktuell litteratur til oppgaven. Dette ga et godt innblikk i hvilke forfattere og forskere som var spesialister på området (Bjørk og Solhaug 2008).

Ved valg av vitenskapelige artikler var det spennende hva som var relevant og ikke. I starten var søkene ustrukturerte, men innenfor relevante databaser, slik at det ga en oversikt over innholdet i de ulike databasene. Det ble benyttet ulike søkeord for å finne frem til en konkret søkestrategi og for å finne riktige artikler for oppgaven. Artiklene ble vurdert kritisk, og mange av artiklene ble ekskludert i starten av søkeprosessen grunnet vesentlige mangler i studien i forhold til valgt problemstilling (Dalland 2013). Etter skolens retningslinjer for Bacheloroppgaven skal det brukes 5-10 vitenskapelige artikler, og for å finne gode artikler er det viktig å bruke gode søkeord som er relevante for valgt problemstilling:

- Post stroke depression
- Stroke
- Health related quality of life
- Nursing
- Recovery
- Hope
- Rehabilitation
- Early depressive symptoms

Søket etter forskningsartikler startet i databasene Cinahl, Embase og Swe Med+. Ved å søke i flere databaser sikrer dette en viss bredde i litteraturfaget (Bjørk og Solhaug 2008). Det er valgt å bruke databaser med helsefaglig relevans, og som er anbefalt fra Høgskolen i Gjøvik. Disse databasene inneholder vitenskapelige tidsskriftartikler og er internasjonale (Forsberg og Wengström 2013). Google Scholar ble brukt for generelle søk innenfor temaet. De artiklene som ble funnet, ble vurdert som nevnt tidligere i avsnittet, samt at litteraturlista ble gransket for mer utvidede søk. For å søke opp artiklene som ikke viste fulltekst i valgt database ble Google Scholar benyttet for å finne artikkelen i fulltekst. Google Scholar er en fri tilgjengelig

søkemotor på internett som indekserte dokumenter av fulltekst av vitenskapelig litteratur. Denne databasen har vært tilgjengelig fra november 2004 og inneholder de fleste bøker og vitenskapelige tidsskrifter i USA og Europa (Forsberg og Wengström 2013).

Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) beskrives som den viktigste databasen for sykepleie (Polit og Beck 2014). Cinahl publiserer doktoravhandlinger, konferansesammendrag, monografier og vitenskapelige artikler på ulike språk. Databasen dekker områder innenfor fysioterapi, ergoterapi og sykepleie fra 1982 og frem til dags dato (Forsberg og Wengström 2013).

Embase er en database som dekker studier innen farmakologi og sykepleie fra 1974 og frem til i dag. Denne databasen inneholder tidsskrifter, forskningsrapporter, avhandlinger og bøker på ulike språk (Forsberg og Wengström 2013).

Swe Med+ er en bred database som tar for seg omsorgsforskning. Den tar for seg forskningsrapporter og vitenskapelige artikler på dansk, norsk, engelsk og svensk fra 1982 frem til dags dato (Forsberg og Wengström 2013).

Inklusjonskriteriene som er valgt for denne oppgaven er depresjon etter hjerneslag, hvordan livskvaliteten ble påvirket, pasienter over 50 år, at artiklene var fagfellevurdert, pasienter i rehabiliteringsprosessen og at artiklene følger IMRAD-struktur. Kriterier som ble ekskludert var depresjon etter hjerneslag hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser før hjerneslaget.

For å finne flere artikler som kunne benyttes i oppgaven ble kildelisten til andre verk gjennomgått. Dette har i hovedsak vært artikler som ikke har blitt funnet ved søk i databasene til Høgskolen i Gjøvik. Ved å se på tittel og sammendrag av artiklene gav det ett inntrykk av om artiklene var relevante for oppgaven. For å finne ut dette ble det først tatt utgangspunkt i hensikten med artikkelen, og videre ble konklusjonen gjennomlest (Polit og Beck 2010). Var studien relevant for oppgaven ble hele studien lest.

Søkene ble startet i bredspektra perspektiv, da dette kan bidra til flere relevante referanser for temaet (Bjørk og Solhaug 2008). I følge Polit og Beck (2014) skal man vise forståelse for stoffet ved å summere informasjonen ved bruk av egne ord. For å raskt finne ut hvor troverdig en artikkel er, skal sammendraget være objektivt og inneholde de viktigste funnene. Her skal en også finne svakheter og mangler i studien (Polit og Beck 2014)

3.3 Kvalitativ og kvantitativ studie

Hvilke forskningsmetoder som brukes avhenger av problemstillingen og målet med studien. Om en studie er kvalitativ eller kvantitativ bestemmer ikke hvor gjennomført studien er, men ut fra hvordan dataene er hentet ut fra forsøksobjektet og deretter bearbeidet (Nyeng 2012). I følge Dalland (2013) er det viktig å være klar over at det i kvalitative undersøkelser også vil være elementer av kvantifisering, og at mange forskere også må tolke sitt data. Forskjellen på disse to metodene er i all hovedsak knyttet til hvordan dataene blir innsamlet.

3.3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode brukes for å beskrive menneskers egne opplevelser og erfaringer. Hovedsakelig gjennom intervjuer og observasjoner, og omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjoner eller skriftlig tekst. Ved å bruke en kvalitativ forskningsmetode vil man få innsikt i menneskelige uttrykk gjennom språklige ytringer eller handlinger. Kvalitativ forskningsmetode beskriver derfor personers opplevelser i større grad (Forberg og Wengström 2013).

3.3.2 Kvantitativ metode

Kvantitativ forskningsmetode måler og tallfester meninger eller fenomener i samfunnet. Her kommer det frem konkrete målinger som skal resultere i en statistisk beregning. Forskeren formulerer en problemstilling og designer en studie som gir statistisk generaliserbare funn. Datainnsamlingene skjer ved ulike metoder som prøvetakning, tester, skalaer eller intervjuer (Forsberg og Wengström 2013).

3.4 Utvelgelsesprosessen

Da søket etter artikler startet, ble overskriftene lest først. Dette for å se om de var relevante for oppgavens problemstilling. Hvis overskriftene var interessante, ble abstraktet av artikkelen lest for å se om de kunne brukes. Det ble søkt etter artikler på norsk, dansk, svensk og engelsk, dette grunnet språkforståelsen. For å bli forsikret om en god og strukturert forskningsartikkel, måtte oppgaven føre en IMRAD-struktur. At artikkelen fører en IMRAD-struktur, vil si at artikkelen inneholder en innledning (I) som forteller noe om hensikten i

oppgaven, metode (M) som sier noe om hvordan de har gjennomført studien og hvordan resultatet analyseres. Resultatet (R) forteller om funnene i studien og i diskusjonen (D) kommer svarene på hva resultatet viste (Forsberg og Wengström 2013).

Artiklene som anvendes i denne oppgaven er av kvantitativ eller kvalitativ metode, viser til punkt 3.3.1 og 3.3.2, samt en oversiktsartikkel.

En av oppgavens artikler er en oversiktsartikkel. En oversiktsartikkel er basert på annen forskning som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter. Den gir en oppsummering av forskning innenfor ett gitt felt. Oversiktsartikkelen skal sammenstille og oppsummere resultatene av relevante studier (Dalland 2013).

For å se om artiklene er fagfelleurdert på vitenskapelig nivå en eller to ble det brukt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det er valgt å bruke NSDs database for statistikk for høyere utdanning, hvor vi kan se om tidsskriftet praktiserer fagfelleverdning, og dermed er publisert i en autorisert publiseringskanal. For å finne ut om tidsskriftet praktiserer fagfelleverdning kan man velge å benytte ISSN nummeret i artikkelen, eller søke på selve tidsskriftet artikkelen er publisert i. Alle artiklene som er blitt benyttet i denne litteraturstudien har vist gjennom NSDs database at tidsskriftene er fagfelleurdert. Dette gjør at de vitenskapelige artiklene er tryggere å anvende i oppgaven. Det er ikke en garanti for at valgte artikler er fagfelleurdert, men at tidsskrifter er fagfelleurdert gjør at artiklene fremstår mer pålitelig.

Kriteriene for valgt problemstilling var flere. Det første kriteriet var at studiene i artiklene skulle ta for seg depresjon relatert til hjerneslag. Artikler som hadde snever spredning av referanser, henviste til fler av de samme kildene, ble oppfattet som uoversiktlig og artikler som ikke hadde praktisert en IMRAD-struktur ble ekskludert uavhengig om tidsskriftet var fagfelleurdert. For valg av inkluderte artikler i denne studien er det blitt gjort en helhetlig vurdering av artikkelen. Litteraturlisten studert tidlig i vurderingen, samt hvilke primærkilder som er benyttet, om kildene virker pålitelig og troverdige, samt om referansene er av eldre eller nyere forskning (Polit og Beck 2014).

3.5 Analyseprosessen

Forsberg og Wengström (2013) henviser til fem punkter som innholdsanalysen ble utført etter:

1. Les igjennom hele teksten som skal analyseres for å gjøre deg kjent med materialet
2. Hva handler teksten om? Gi uttalelsene koder: stress, smerte, ensomhet, søvn?
3. Gjør om kodene til kategorier, for eksempel psykisk funksjon, sosial funksjon eller fysisk funksjon.
4. Kan de ulike kategoriene sammenfattes i ett eller flere temaer?
5. Tolk og diskuter artiklene (Forsberg og Wengström, s. 167)

Det ble valgt seks artikler til oppgaven etter utvelgelsesprosessen. Resultatene i artiklene ble grundig gjennomlest og deretter satt inn matrise som presenteres i resultatdelen. Dette bidro til at det ble lettere å få en oversikt over alle artiklene, samt å finne en fellesnevner. Etter at fellesnevnerne ble funnet, ble det sammenfattet i ulike hovedkategorier som presenteres i resultatdelen og drøftes etter.

3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk er et område av etikken som omhandler gjennomføring, planlegging og rapportering av forskning å gjøre. Forskningsetikk handler om å sikre troverdigheten av forskningsresultatene og å ivareta personvernet (Dalland 2013).

I følge forskningsetikkloven §1 skal forskning skje i henhold til anerkjente etiske normer uavhengig om det foregår i privat eller offentlig regi (Forskningsetikkloven 2007).

I artikkelen «Sykepleierens Samarbeid i Norden» (2001) sies det at sykepleiere er forpliktet til å utnytte, utvikle og forbedre sine ferdigheter og sin viten. Dette innebærer forskning som byr på utfordringer, for eksempel etiske problemstillinger. Sykepleieforskning har oftest et humanistisk fokus og grenser mellom samfunns- og naturvitenskap og humanvitenskap. I forskning der det inngår aspekter av menneskelig sårbarhet er god forståelse og kunnskap for de grunnleggende etiske prinsippene viktig. De grunnleggende etiske prinsippene som sykepleieforskning bygges på er: å gjøre godt, rettferdighet, autonomi og å ikke gjøre skade. I sykepleieforskning betyr prinsippet å gjøre godt at nytten av forskningen har sine betingelser som bidrar til å fremme og gjenopprette helse, lindre smerte og forebygge sykdom ut i fra ny

viten. Prinsippet rettferdighet innebærer at forskere har som plikt å ha omsorg for de svake gruppene og verne om disse slik at de ikke blir utnyttet i forskning. Svake grupper er de menneskene som ikke er i stand til å ta vare på seg selv og sin selvbestemmelse, for eksempel personer med demens eller bevisstløse. Prinsippet autonomi innebærer at menneskene som er involvert i forskningen har gitt sitt samtykke og at de er godt informert om studien. Det siste prinsippet er å ikke gjøre skade, dette betyr at personenes sikkerhet ivaretas slik at de ikke får skadelige virkninger av forskningen.

4.0 RESULTAT

Analysen av forskningsartiklene resulterte i fire hovedkategorier som ser ut til å være betydningsfulle for indentifisering og kartlegging av depresjon av pasienter som har gjennomgått ett hjerneslag: kartlegging, fremme håp, kunnskap og kompetanse og å forebygge depressive symptomer.

Artikkelnummer: 1 Referanse	Ginkel, J. M. M. mfl. (2010) A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses I: <i>Journal of clinical nursing</i> , 19(23-24), s. 3274-3290
Hensikt	Undersøke sykepleiers funksjon ved depresjon etter hjerneslag. Ulike tiltak sykepleier kan benytte i den daglige omsorgen som ikke innebærer bruk av medisiner.
Metode	Denne studien er en oversiktsartikkel. Fra tidsperioden 1993-2008 har studien gjennomgått forskjellige databaser (Cinahl, Medline (PubMed) Nursing Journals (PubMed) og PsykInfo). Det ble funnet 445 relevante abstrakter, 81 vurderte abstrakter og 15 artikler som var relevante. Studien har blitt evaluert på bakgrunn av seks gjeldende kriterier: Tydelig design, pasientutvalget, god vurdering av depresjon etter hjerneslag samt gjenkjennbare resultater i studiene. Fem studier ble gjennomført i akutt og rehabiliteringsfasen, fem i rehabiliteringsfasen, en i kronisk og rehabiliteringsfasen og tre i den kroniske fasen.
Resultat	15 artikler og én systematisk gjennomgang ble identifisert. Det kom frem at tilstrekkelig informasjon reduserte alvorlighetsgraden av depresjon. Andre tiltak med positiv effekt på alvorlighetsgraden av depresjon; motiverende intervju, støtteprogram og fysisk trening. Tiltakene som beskrives i gjennomgangen kan implementeres i sykepleien til pasienter med depresjon etter hjerneslag.

<p>Artikkelnummer: 2</p> <p>Referanse</p>	<p>Halvorsrud, L., I, Phar og L, G, Kvarme (2014) Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. I: <i>Sykepleien forskning</i>, 9(3) s. 244-253</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Undersøke hvordan sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien oppfatter depressive symptomer, samt hvilke tiltak de utfører når dette er identifisert.</p>
<p>Metode</p>	<p>Studien har et kvalitativt forskningsdesign og har benyttet semistrukturerte intervjuer av 10 kvinnelige sykepleiere i hjemmesykepleien. Det ble benyttet en veiledende intervjuguide med åtte åpne spørsmål, som er basert på tidligere forskning og erfaring. I forkant av intervjuet har sykepleiere besvart seks sosiodemografiske spørsmål. Sykepleierne skulle beskrive tegn på nedstemthet hos pasientene, og beskrev tiltak de benyttet for de pasientene som var nedstemte. Intervjuene varte i 45-60 minutter og ble gjort på sykepleierens arbeidssted.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Det ble funnet to sentrale temaer i studien. Forandring i pasientenes vante mønster som tristhet, økt behov for å prate, redusert gjennomføring av personlig hygiene, lite orden i huset, nedsatt ernæringsstatus, samt endring i kroppsspråket. Det andre temaet som gikk igjen var at sykepleier yter det "lille ekstra". Dette innebærer å iverksette tiltak slik at pasienten kan komme seg ut av nedstemtheten, og for å gjøre livskvaliteten bedre for pasienten. "Det lille ekstra" går under tre temaer som samtale, praktisk hjelp og nye eller utvidede vedtak.</p>

Artikkelnummer: 3 Referanse	Almborg, A, H. mfl. (2010) Discharged after stroke - important factors for health related quality of life. I: <i>Journal of clinical nursing</i> , 19(15-16), s. 2196-2206.
Hensikt	Studien undersøker hvordan hjerneslag påvirker livskvaliteten på ulike helse relaterte områder etter utskrivelse fra sykehus.
Metode	<p>Artikkelen er en tverrsnittsstudie og fører en kvantitativ tilnærming.</p> <p>Studien har benyttet en regresjonsanalyse som identifiserer slagpasienters rolle og posisjon i forkant av slaget.</p> <p>Intervju av 105 menn og 83 kvinner (gjennomsnittsalder 74 år) på en slagenhet i Sverige. Intervju ble gjennomført to til tre uker etter utskrivelse. Ulike kartleggingsverktøy ble benyttet for å identifisere variasjon relatert til livskvalitet. Hvilken status pasienten hadde før hjerneslaget, samt sosiale og personlige aktiviteter ble med i betydningen. All informasjon ble tatt av hva pasienten selv kunne huske.</p> <p>Demografiske og medisinske opplysninger ble hentet fra journal.</p>
Resultat	<p>Depressive symptomer var assosiert med dårligere livskvalitet. De som var yngre, greide å utføre personlig hygiene, sosiale aktiviteter og interesser og som hadde kortere sykehusopphold var knyttet til høyere livskvalitet. Sykepleier må ha et større fokus på depresjon etter hjerneslag i det daglige arbeidet. Flere variabler var relatert til god livskvalitet, og det er også sett på utviklingen 2-3 uker etter utskrivelse.</p>

Artikkelnummer: 4 Referanse	Tutton, E. mfl (2011) Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(9), s. 2061-2069
Hensikt	Undersøke opplevelsen av håp og å finne mening for pasienter og ansatte ved slagenheten.
Metode	Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Det er gjort et intervju av 10 pasienter (gjennomsnittsalder 63 år) som har opplevd et hjerneslag. Intervjuet varte i omtrent 1 time. 10 ansatte i et tverrfaglig team med blant annet seks sykepleiere. Det ble gjort samtaler med både pasienter og ansatte. Seks pasienter er blitt observert gjennom tre skift, hvor hvert skift var på 7 timer. Tre sykepleiere på avdelingen har observert pasientene gjennom skiftene.
Resultat	Studien viste at det er helt avgjørende for pasienten å få mulighet til å uttrykke sine følelser om håpløshet og fortvilelse for og igjen kunne få håp for fremtiden. Støttende intervensjoner som dagligdagse aktiviteter ble brukt, slik at pasientene kunne få utløp for følelser. Slagpasientene følte seg svært nære døden, men mange hadde likevel håp for en ny fremtid da de faktisk overlevde slaget. Sykepleier var nøye med å bevisstgjøre viktigheten av å ha håp som en del av den emosjonelle støtten. Sykepleierne trengte også emosjonell støtte fra kolleger, samt tid og mulighet for å utvikle fagkunnskaper, slik at de kunne være den viktige støtten for pasientene. Studien viste også at det var svært viktig at pasientene hadde håp for å kunne se for seg fremtiden.

Artikkelnummer: 5 Referanse	Kouwenoven. S. E. mfl. (2011) The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective. I: <i>International Journal of qualitative studies on health and well-being</i> , 6(4).
Hensikt	Artikkelen vil beskrive den slagrammedes egne erfaringer i forhold til det å utvikle depresjon over tid og ikke bare i akutfasen.
Metode	Studien har et kvalitativ forskningsdesign. Metoden er en fenomenologisk hermeneutisk intervjustudie av ni deltakere som har gjennomgått et hjerneslag - 6, 12 og 18 måneder etter et hjerneslag. Pasientene ble stilt tre spesifikke spørsmål i intervjuet.
Resultat	Deltakerne relaterte depressive symptomer til opplevelsen av tapet og konsekvensene av hjerneslaget var avgjørende. Pasienten følte seg innesperret i et annet liv og jobbet for å bygge opp å gjenvinne den en var før hjerneslaget.

Artikkelnummer: 6 Referanse	Richter, R., A., M. Volz., M. Jöbges og K. Werheid (2015) Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression. I: <i>The journal of nutrition, health & aging</i> . 19(7) s. 754-758
Hensikt	Hensikten med studien var å finne prediktorer ved selvrapporterte depressive symptomer i forhold til depresjon etter hjerneslag seks måneder etter slaget.
Metode	Studien har en kvalitativ forskningsdesign. 96 slagpasienter ble kartlagt for depresjonssymptomer. Pasientene fylte ut et skjema for depresjonssymptomer da de var innlagt, og dette ble bygget videre 6, måneder etter utskrivelse. Det ble benyttet forskjellige instrumenter for å gjennomførte karleggingen etter utskrivelsen. Studien har benyttet Geriatric depression scale.
Resultat	Resultat viste at 71 av 96 pasienter fremdeles selvrapporterte depressive symptomer 6 måneder etter utskrivelsen. Ved bruk av kartleggingsverktøy for å identifisere symptomer på depresjon når pasientene er innlagt, vil det gi en indikasjon på om pasientene har utviklet depresjon etter hjerneslag, seks måneder etter utskrivelse. Resultatet viste at depresjon etter hjerneslag øker i tiden etter utskrivelse.

4.1 Kunnskap, kompetanse og kartlegging

Halvorsrud, Phar og Kvarme (2014) og Ginkel mfl. (2010) fremhever i sine artikler at det er viktig at sykepleierne har kunnskap om den nedstemte pasienten slik at depressive symptomer kan oppdages, samt kartlegging av dette. Gjenkjennelse av emosjonelle symptomer er vanskelige å gjenkjenne på grunn av mangelfulle ferdigheter og kunnskaper blant sykepleiere. Det er viktig å ha økt fokus på depresjon etter hjerneslag i den daglige pleien på grunn av forekomsten av depresjon hos mange slagrammede (Ginkel mfl. 2010).

Richter, Volz og Werheid (2015) bruker Geriatric Depression Scale (GDS-15) for kartlegging av depresjon, 15 står for at det er 15 spørsmål i skjemaet, dette grunnet at det er en miniversjon av hele skalaen. GDS - skalaen er bygget på DSM-IV kriteriene (se punkt 2.2). Høy score på skalaen viser at pasienten har flere depressive symptomer. I studien til Richter,

Volz og Werheid (2015) fylte pasienten ut GDS - skjema da de var innlagt, samt seks måneder etter hjerneslaget. Studien viste at 71 av 96 deltakere opplevde depressive symptomer seks måneder etter, og at det hadde vært en liten økning på depressive symptomer fra innleggelse til seks måneder etter hjerneslaget. Kouwenhoven mfl. (2011) har gjennomført en studie som omhandler at pasienten ble intervjuet seks, 12 og 18 måneder etter hjerneslaget. Studien viste at i tiden mellom seks og 18 måneder etter hjerneslaget jobbet deltakerne hardt for å gjenvinne den identiteten og personen de følte dem var i forkant av hjerneslaget. Etter 12 måneder ble det stilt spørsmål vedrørende deltakernes forventninger, og ved intervjuet 18 måneder etter hjerneslaget var situasjonen fortsatt usikker for deltakerne. De befant seg fremdeles midt i en vanskelig prosess for å akseptere og håndtere konsekvensene av hjerneslaget, samt at symptomene på depresjon hadde økt og var mer dominerende.

I artikkelen til Ginkel mfl. (2010) belyses viktigheten av at sykepleier har nødvendig kunnskap for å kartlegge depresjon etter hjerneslag. Studien viser manglende kunnskap blant sykepleiere, slik at det ble problematisk for sykepleierne å kunne gjenkjenne symptomene på depresjon. Sykepleierne måtte øke fokuset på depresjon etter hjerneslag for å kunne gjenkjenne og kartlegge depresjonen. I studien er det benyttet ulike kartleggingsverktøy som GDS og HADS for å avdekke depresjon. For å kunne få frem følelsene som pasientene opplever etter et hjerneslag ble det benyttet HADS, som er et screeninginstrument der man kan oppdage forekomsten av psykiske symptomer. HADS kan ikke benyttes diagnostisk, men kan gi en indikator på stress og psykiske lidelser (Malt 2014).

Studien til Almborg mfl. (2010) hevder det samme som studien til Ginkel mfl. (2010): at sykepleier må ha et større fokus på depresjon etter hjerneslag, og at det må fokuseres mer på dette i det daglige arbeidet til sykepleieren på slagenheten. Almborg mfl. (2010) har benyttet seg av et kartleggingsverktøy SF-36, hvor en lavere score på skalaen indikerer en sammenheng mellom lavere livskvalitet og depresjon.

4.2 Fremme håp

I en artikkel av Tutton mfl. (2011) ble håp presentert i forbindelse med hjerneslaget, og hvilken innvirkning det har på pasientenes progresjon og funksjon. Personalet på slagenheten opplevde at pasientene som ikke hadde håp var utfordrende å samarbeide med. Pasientene

opplevde at dagligdagse gjøremål og personlig hygiene var vanskelig å gjennomføre på egenhånd, og at de var blitt avhengige av bistand og hjelp fra kvalifisert personell. Dette gjorde at pasientene følte seg hjelpeløs, og opplevde livssituasjonen håpløs på bakgrunn av å være avhengig av andre. Dette var en faktor som gjorde at pasientene hadde problemer med å gjenvinne av håp. Studien fremmer den subjektive opplevelsen av håp hos slagpasienter. Pasientene beskrev endringer av mental helse som for eksempel å kunne konsentrere seg nok til å lese en bok, eller og samle tankene var utfordrende for dem. Mangel på håp og fortvilelse var knyttet til at pasientene opplevde å være svært nær døden, og at pasientene var engstelige for å ha håp for fremtiden grunnet redsel for et nytt hjerneslag. Dette bidro til å forverre depresjonen. Enkelte av pasientene taklet situasjonen bedre enn andre i samme situasjon, og var mer målrettede og hadde håp for fremtiden, selv om fremtiden og veien videre likevel var usikker. Studien viste en stor kontrast mellom pasientene som hadde håp, og de pasientene uten håp. Personalet var flinke til å forsøke å gi pasientene håp, og å se at mange pasienter slet med å finne håp i fortvilelsen. Personalet jobbet med å få pasientene til å få et ønske om å føle seg bedre.

For pasientene var konsekvensene av et hjerneslag overveldende, og de ansatte jobbet intensivt med å finne innovative måter til å hjelpe pasientene med lite håp om bedring, slik at pasientene ikke låste seg fast i fortvilelsen over den lidelsen de har opplevd. Personalet var nøye med å ikke gi pasientene falskt håp, men ga realistiske håp om fremtiden ved å støtte pasientene emosjonelt, fysisk og sosialt. De ansatte var tydelige på å gi håp for fremtiden, men at fremtiden kan bli en annen enn det de hadde håpet på. Studiet fokuserte på å fremme håp ved hjelp av ulike nødvendige strategier som å fokusere på lidelse og å fremme håp gjennom intervensjoner og miljø. De ansatte på slagenheten benyttet støttende intervensjoner i forhold til emosjonelle utfordringer for pasientene (Tutton mfl. 2011).

Det ble brukt dagligdagse aktiviteter som stell og fysioterapi for å fremme mestring, progresjon og håp. Disse intervensjonene bidro til et sosialt og støttende miljø, noe som var svært essensielt både for pasienter og ansatte ved slagenheten. Studien viste at det er viktig at sykepleier kartlegger og identifiserer håpløshet hos pasientene som opplever depresjon etter hjerneslag, da det viser seg at dette kan ha stor innvirkning på den videre livskvaliteten (Tutton mfl 2011).

4.3 Kunnskap og kompetanse

I artikkelen til Ginkel mfl. (2010) sier sykepleierne som er intervjuet at de synes kartlegging av depresjon etter hjerneslag er vanskelig grunnet mangel på kunnskap, ferdigheter og lav kompetanse i forhold til de ulike kartleggingsverktøyene. Sykepleierne beskrev depresjon etter hjerneslag som et kjent problem som trenger mer oppmerksomhet i den daglige pleien. Mangel på kunnskaper om depresjon etter hjerneslag hindrer de i å gi tilstrekkelig omsorg til pasienten.

4.4 Forebygge depressive symptomer

I studien til Almborg mfl. (2010) har de sett på hvilke faktorer som kan gi økt risiko for å utvikle depresjon. De har benyttet en regresjonsanalyse som identifiserer slagpasienters rolle og posisjon i forkant av hjerneslaget. De stiller spørsmål om hva sykepleier bør være oppmerksom på når de har en pasient som har fått et hjerneslag, og hvilke faktorer som kan ha betydning for en utvikling av depresjon.

Almborg mfl. (2010) henviser til SF-36 som er et kartleggingsskjema i form av spørsmål. Dette skjemaet går på dagliglivets aktiviteter og lignende. Det er også blitt brukt depresjonsskalaer som kartlegger mulighet for å være aktiv i dagliglivet. For å kunne kartlegge hva som kan bidra til å forklare depresjonen er det gjort en multipl regressjonsanalyse.

Studien har sett på åtte ulike modeller. En for hver skala i forhold til SF-36. Depressive symptomer var assosiert med lavere HRQL (Health related quality of life), evne til å fortsatt kunne drive med personlige og sosiale aktiviteter, yngre alder og utdanning, samt om hvorvidt kortere sykehusopphold var relatert til høyere livskvalitet. Flere variabler var relatert til god livskvalitet, og det er også sett på utviklingen to til tre uker etter utskrivelse. Pasientene opplevde at deltakelse og planlegging i forbindelse med utskrivelse var både positivt og negativt relatert til HRQL. Det er viktig at sykepleier er med på å hjelpe pasienten til å stimulere og tilpasse seg tilfriskning etter slaget (Almborg mfl. 2010).

5.0 DRØFTING

Oppgavens problemstilling er hvordan sykepleier kan identifisere og forebygge depresjon etter hjerneslag.

I denne delen av oppgaven vil artiklene drøftes opp mot relevant litteratur som er benyttet tidligere i oppgaven, samt annen faglitteratur. Dette vil drøftes i lys av valgt problemstilling. Valgte artikler tar for seg håp og mestring i forbindelse med hjerneslag og i tiden etter hjerneslaget, samt ulike kartleggingsmetoder som blir benyttet for å identifisere depresjon på et tidlig tidspunkt.

5.1 Betydningen av kartlegging å depresjon etter hjerneslag

Halvorsrud, Phar og Kvarme (2014) og Ginkel mfl. (2010) skriver i sine studier at sykepleiere finner det vanskelig å identifisere og kartlegge symptomer i forhold til depresjon.

Kouwenhoven og Kirkevold (2014) hevder at grunnen til dette er fordi depresjon etter hjerneslag kan være et komplekst fenomen, da symptomene på depresjon og konsekvensene av et hjerneslag ofte er overlappende. Ginkel mfl. (2010) sier at bruk av kartleggingsverktøy i forhold til depresjon førte til riktig identifisering av symptomer. Likevel er det i følge Kouwenhoven og Kirkevold (2014) flere hensyn man må ta når man skal kartlegge depressive symptomer hos en slagrammet. Man kan velge å inkludere alle depressive symptomer, uavhengig om de kan relateres til somatiske lidelser eller ikke. Ved å benytte en etiologisk strategi regner man med depressive symptomer hvis de anses og ikke ha sammenheng med somatisk sykdom, eller ved bruk av en eksklusiv strategier der symptomene blir fjernet fra diagnosekriteriene med mindre de er mer vanlige hos deprimerte enn ikke-deprimerte pasienter som har en hjerneslag. I følge Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag, samt forskningslitteraturen som er gjort på området, er det anbefalt å kartlegge depresjon etter hjerneslag jevnlig (Helsedirektoratet 2010). I tillegg til kartleggingsverktøy kan sykepleieren benytte sårbarhet-stress modellen som er en tankemodell sykepleier kan bruke for å oppdage prediktorer som gjør at pasienten har en større sårbarhet, og følgelig også en økt risiko for å kunne utvikle depresjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Når man kartlegger depressive symptomer hos pasientene er det viktig å tenke på om det kan være ulike prediktorer som er med på å påvirke. Dette underbygger Piliae, Hepworth og Coull (2013) i sin forskningsartikkel som konkluderer med at selv om pasienter som er velutdannet og har god økonomi også kan utvikle depresjon

etter hjerneslag, på lik linje med de som har dårlig livskvalitet og dårlig sosial støtte. Det er vist at dårlig livskvalitet og sosial støtte er en større risikofaktor for å utvikle depresjon.

Kirkevold (2014) hevder at det er svært viktig at sykepleier i en tidlig fase oppfatter at noe er galt, og greier å gjenkjenne depressive symptomer hos pasienten. Hvis sykepleier raskt oppfatter dette kan nødvendige tiltak iverksettes, og bidra til å hindre pasienten i å utvikle en alvorlig depresjon.

For å kunne gjenkjenne depresjon må bruken av kartleggingsverktøy øke i den daglige pleien (Ginkel mfl. 2010). Ved valg av kartleggingsverktøy er det viktig å vurdere om de er egnet for den enkelte pasient. Det finnes flere ulike kartleggingsverktøy som man kan benytte seg av. Ginkel mfl. (2010) har brukt verktøyet Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) i sin forskning og anser dette som et viktig hjelpemiddel. HADS - skalaen tar kun for seg pasientens følelser, dermed blir sykepleierens opplevelse av symptomene utelukket. Et annet nyttig kartleggingsverktøy som brukes er Geriatric Depression Scale (GDS). Richter, Volz og Werheid (2015) og Ginkel mfl. (2010) bruker denne skalaen som et hjelpemiddel i sin studie og anser denne som en enkel skala, særlig i forhold til bruk på eldre pasienter grunnet ja/ nei spørsmål som er enkle å besvare. Denne skalaen er en selvevalueringskala som avdekker depresjon. Skalaen inneholder spørsmål som pasienten selv fyller ut, eller som blir brukt til intervju (Engedal 1983). GDS - skalaen er bygget på DSM-IV kriteriene, som tidligere er beskrevet i punkt 2.2 (Richter, Volz og Werheid 2015).

Almborg mfl. (2010) har anvendt SF-36 skalaen for å kartlegge depressive symptomer etter hjerneslag. Dette skjemaet handler om pasientens egen helse, og det vil hjelpe sykepleiere til å se hva pasienten er i stand til å gjennomføre av daglige gjøremål. Kouwenhoven mfl. (2011) har brukt intervju for kartlegging av pasienter seks, 12 og 18 måneder etter hjerneslaget. Intervjuene tok mellom 30 og 90 minutter, men flere intervjuer ble endt tidlig på grunn av at pasienter var svært slitne og at temaene var vanskelige å snakke om. I følge Helsedirektoratet Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, er det viktig at en vurderer nøye om en skal gjennomføre et intervju hos pasienter som har gjennomgått et slag da de ofte er svært sårbare. I tillegg til intervjuer er det lønnsomt å supplere med et annet kartleggingsverktøy for å kunne vurdere depresjonsdybde, samt at det er et hjelpemiddel for å kunne følge opp en behandling (Helsedirektoratet 2009).

I følge nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon hos voksne er det viktig at sykepleier kartlegger depressive symptomer på et tidlig tidspunkt, og at sykepleier har de kunnskaper og ferdigheter som kreves for å kunne oppdage symptomer på depresjon. Montgomery and Aasberg depression rating scale (MADRS) er et kartleggingsverktøy som er mye benyttet i forbindelse med kartlegging av depresjon (Helsedirektoratet 2009). MADRS er et godt verktøy å bruke til og vurdere intensitet og omfang av depressive symptomer (Norsk helseinformatikk 2015).

5.2 Betydningen av håp og gjenvinning av håp

Tutton mfl (2011) tar for seg hvilken innvirkning håp hadde på pasientenes bedring og funksjon. Å ha håp kan være sterkt avhengig av hjelp fra andre, og hvilke evne man har til å takle stress i livet. Studien rapporterte at det var utfordrende for sykepleier å samarbeide med pasienter som ikke hadde håp om bedring. I følge Travelbee (2007) skal vi som sykepleiere hjelpe pasienten til å gjenvinne håp. Pasienten som ikke har håp om bedring mestrer i mindre grad de vanskelighetene som oppstår. Håp er viktig for at pasienten skal kunne se for seg at det finnes alternativer, og at man har valgmuligheter i den vanskelige situasjonen. Derfor er det viktig for sykepleier å motivere pasienten til å se valgmuligheter. Hvis pasienten er klar over at de har et valg, er det vanligvis mangel på initiativ eller motivasjon som kan hjelpe pasienten til å gå inn for å skulle bli bedre. Kristoffersen, Breievne og Nortvedt (2011) hevder at det er en av mange sykepleieoppgaver nettopp å hjelpe pasienter som har vanskeligheter med å finne håp om bedring, da dette får konsekvenser for pasientens livskvalitet. Travelbee (2007) er opptatt av at sykdom og lidelse er en del av det å være menneske, og å finne mening i den nye livssituasjonen som hjerneslaget har forårsaket er derfor av stor betydning. Smebye (2002) nevner at det er viktig å finne mening og håp for å opprettholde livsviljen. Som nevnt har studien Tutton mfl (2011) en intensjon om å være ærlig og realistisk i rehabiliteringsprosessen til pasienten. Da sykepleiere har forskjellig personlighet, syn og holdninger har studien identifisert at det lett kunne oppstå ulike former for konflikt mellom de ansatte, i forhold til hvordan sykepleier skal kunne gi håp om bedring til pasientene. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskrives det at hvis det oppstår interessekonflikt mellom kollegaer skal alltid pasientens liv, helse og vilje prioriteres først (Norsk sykepleieforbund 2011).

I studien til Tutton mfl. (2011) jobbet de ansatte ved slagenheten mye med å finne innovative måter for å hjelpe pasienter med lite håp, slik at pasientene ikke ble fastlåst i fortvilelsen. Personalet var oppmerksomme på å ikke gi pasientene falskt håp, men ga realistiske håp ved å støtte pasientene emosjonelt, fysisk og sosialt. Rustøen (1991) sier at sykepleier kan styrke håpet for pasienten ved å gi tilstrekkelig informasjon om pasientens egen situasjon, og hvor viktig det er å ha håp, da det har stor betydning for helse og livskvaliteten. I følge Kristoffersen, Breivne og Nortvedt (2011) kan det være en betydelig forskjell på hvordan pasientene opplever egen situasjon, og hvordan helsepersonell vurderer situasjonen. Begge situasjonene er basert på det som er "virkelighet", men avhenger av hvordan man vurderer perspektivet. Helsepersonell vurderer ut fra erfaring, teoretisk kunnskap og statistikk, mens pasienten vurderer ut fra egen subjektiv opplevelse. Det er menneskelig og helt naturlig at man håper på noe, men når det man håper på ikke har noen muligheter i ens egen virkelighet, vil det bli vanskelig å ha håp (s.271). Opplevelsen av håp er sterkt knyttet til hvordan pasienten er som person, og hvordan dens livskvalitet har vært i forkant av hjerneslaget. Det er individuelle forskjeller i hvordan pasienten opplever tap av funksjon som følge av hjerneslaget. Det er flere omveltninger for pasienten som kan være vanskelig å takle, og veien videre kan være utfordrende. Uavhengig av hvordan pasienten takler egen situasjon fortjener disse pasientene en sykepleier som er der for dem, viser respekt og som hjelper pasienten i å gjenvinne håp for fremtiden. I Rustøen (1991) blir det belyst at for en pasient som har opplevd tap og store lidelser i forbindelse med hjerneslag, kan det oppleves for pasienten som vanskelig å se håp for fremtiden. Hvis sykepleier klarer å oppmuntre og øke pasientens evne til å kunne ta vare på seg selv, vil dette kunne oppleves som mestring, og et steg i riktig retning.

Studien til Tutton mfl. (2011) viste at musikk har en positiv effekt på personer som har utviklet depresjon, uavhengig av årsaken til depresjon. Dalsø (2014) hevder at bruk av musikkterapi hjelper depressive pasienter til å få bedre humør, økt livskvalitet og økt selvfølelse. Hun refererer til en studie som er gjort tidligere med fem forskere der fire av fem forskere stilte seg svært positive til musikkterapi. Den vanligste formen for behandling av depresjon er enten psykoterapi, som erfaringsmessig har en god effekt, eller i form av medisiner. Ved psykoterapi må det være etablert en god relasjon mellom sykepleier og pasient, både kognitivt og emosjonelt for at psykoterapi skal ha en behandlende effekt. Sykepleier må ha en forståelse for både de psykologiske og biologiske aspektene for

depresjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010)). De som får musikkterapi i tillegg til dette, gjør det ved å lytte til musikken eller bruke musikk i en aktiv form. Denne behandlingen går over flere uker med ukentlige møter, samt at noen også får opplæring slik at de kan benytte seg av terapien på egenhånd.

5.3 Betydningen av kompetanse og kunnskap hos sykepleiere

Artikkelen til Ginkel mfl. (2010) hevder at det er mangel på kunnskap og kompetanse, samt at mangel på tid og fokus fører til at sykepleier ikke oppdager tidlige depressive symptomer, noe som resulterer i at sykepleier ikke kan gi adekvat pleie. Det stilles krav til at sykepleier skal overholde sitt eget kompetansenivå, samt søke veiledning og øke kompetanse på områder som oppleves som vanskelig. Dette for å sikre at pasienter får riktig behandling (Norsk sykepleieforbund 2011). Sykepleiere har et eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og å jobbe kunnskapsbasert. Man har et selvstendig ansvar for at yrkesutøvelsen er faglig forsvarlig, og man må derfor tilegne seg den kunnskapen som er nødvendig for den jobben som skal gjøres (Sneltvedt 2010), det vil si å jobbe kunnskapsbasert. I Helsepersonelloven § 4 står det at “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.” (Helsepersonelloven 2011, “krav til helsepersonells yrkesutøvelse”).

Studien til Ginkel mfl. (2010) tar for seg viktigheten av å tidlig kunne opprette et godt tillitsforhold til pasientene, slik at dette kan bidra til å fremme håp og mestring, som videre kan bidra til å oppdage tidlige tegn på depressive symptomer. Dette underbygges av Travelbee (2007) som mener at et menneske-til-menneskeforhold er viktig, da det er mer enn bare rollene sykepleier og pasient, og at det er viktig for å kunne etablere en trygg og positiv relasjon. Hun sier også at det er viktig at det er en gjensidig tillit mellom sykepleieren og pasienten. Med dette menes det at sympati alene ikke vil være nok for å imøtekomme behovet for pleie hos pasienten. Sympati må kunne oversettes til nyttige og intelligente sykepleiehandlinger. Sykepleier kan ikke bare ha et ønske om å hjelpe, men må vite hva de kan gjøre for å hjelpe på bakgrunn av kunnskaper og ferdigheter som er avgjørende for å hjelpe pasienten.

Det er viktig at sykepleier gir informasjon flere ganger for at pasienten skal forstå situasjonen. Pasientene som fikk informasjon flere ganger, og deltok aktivt på et undervisningsprogram i studien til Ginkel mfl. (2010) viste en markant forandring i antall deprimerte, enn de som fikk informasjon gitt én gang og ikke deltok aktivt i undervisningsprogrammet. I følge Eide og Eide (2009) er den informasjonen pasienten får fra sykepleier en lineær formidling av kunnskap. Sykepleier må gi en god formidling av informasjon på pasientens premisser. Man må vurdere om informasjonen som skal gis er nødvendig, og om det vil være relevant for pasienten selv. Målet med informasjonen skal være at pasienten skal mestre situasjonen, og bli så selvhjulpent som mulig. Dette underbygges av Travelbee (2007) som hevder at det er viktig at sykepleier gjentar informasjon som blir gitt til pasienten, slik at sykepleier er sikker på at pasienten har forstått den informasjonen som blir gitt. På denne måten kan sykepleier bidra til å gjøre situasjonen tryggere for pasienten, samt at det skaper en god relasjon mellom sykepleier og pasient. I pasient og brukerrettighetsloven § 3-5 står det at helsepersonell skal sikre seg så langt det lar seg gjøre at den informasjonen som blir gitt er forstått av pasienten. Informasjonen som blir gitt skal tilpasses pasientens individuelle forutsetninger (Pasient og brukerrettighetsloven 2001). Ved å gi god undervisning og veiledning til pasientene vil dette øke pasientens kunnskapsgrunnlag, og gi en økt forståelse for egen situasjon. Dette vil igjen kunne bidra til å øke pasientenes egenverd og ansvar for eget liv (Kristoffersen 2011b).

5.4 Intervensjoner som kan redusere depressive symptomer

I følge Halvorsrud, Phar og Kvarme (2014) har sykepleiere i hjemmesykepleien en unik mulighet til å oppdage depresjon hos hjemmeboende pasienter, da de ser pasienten ofte. Å ha kjennskap til pasienten er en forutsetning for at sykepleier skal kunne oppdage depressive symptomer på ett tidlig stadium. Studien har tatt for seg to sentrale temaer som går ut på å se endring i pasientens vante mønster, noe som kan være kjennetegn på depressive symptomer. Dette kan vise seg som tristhet, økt behov for å snakke, dårlig hygiene, rot i huset, dårlig ernæring eller endring av kroppsspråk. Å gi sykepleier den tiden som trengs er viktig for at pasienten skal få muligheten til å snakke om sine følelser. Det andre temaet var at sykepleier kan iverksette tiltak som går ut på å gi "det lille ekstra", hvor tematikken er samtale, praktisk hjelp og at sykepleier bidrar til å utvide eller opprette nye vedtak for pasienten. Blant tiltakene som blir gjort nevnes også viktigheten av tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient, som også er underbygget av Travelbee (2007) tidligere i oppgaven.

Kristoffersen (2011b) hevder at benyttelse av motiverende samtale (MI) kan være nyttig for å motivere pasienten til en endring av egen situasjon. Samtalen kan benyttes for at pasienten får fokusere på egen situasjon, sett fra pasientens side og ikke slik helsepersonell ser situasjonen. Sykepleier må i denne samtalen være en aktiv lytter. Det er viktig at sykepleier viser forståelse for det pasienten forteller ved å parafrasere det han eller hun har hørt fra pasienten. I samhandling med pasientene er denne metoden godt egnet for sykepleiere. I følge Tutton mfl. (2011) vil fremtiden til pasienter som har opplevd hjerneslag kanskje ikke bli slik de hadde forestilt seg. Det kan være nødvendig å åpne opp for en ny livsstil. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) hevder at for å skape en endring, og gi håp og mestringsfølelse er det viktig at pasienten selv har innsyn i- og forstår sin egen situasjon.

Hjemmesykepleien er i en unik posisjon til å kunne identifisere depressive symptomer, men da sykepleierne har en travel arbeidshverdag vil tidspresset bidra til å gjøre det vanskelig å få en kontinuitet i forhold til å bli tilstrekkelig kjent med pasienten.

Halvorsrud (2015) hevder at tiden til hjemmesykepleien ikke strekker til slik at de har mulighet for å kunne oppdage depressive symptomer hos pasienter, samt at det ikke er en del av de faste arbeidsoppgavene hjemmesykepleien har. Pasientene får ikke den hjelpen som er nødvendig på grunn av at sykepleierne ofte havner i ett krysspress mellom arbeidsgivers krav og pasientens ønsker. Halvorsrud (2015) hevder at dette kan føre til dårlig livskvalitet og lidelse. Hun mener videre at hjemmesykepleien har en nøkkelrolle i identifiseringen av depresjon og til å sette i gang tiltak som fremmer deres livskvalitet. For å kunne gjennomføre dette er det viktig å gi sykepleiere tid og mulighet til dette. Å vektlegge systematisk kartlegging er et ultimatum for at sykepleiere i hjemmetjenesten lettere skal kunne oppdage depressive symptomer på et tidlig stadium.

I studien til Almborg mfl. (2010) har de i tillegg til SF-36 skalaen brukt ulike depresjonsskalaer som kartlegger muligheten til å være aktiv i dagliglivet. Aare (2014) skriver noen enkle råd for ting som kan fremme den depressive tilstanden på kort tid. De mener at å utføre aktiviteter og å være i ett sosialt miljø vil kunne gi pasienten glede, og at passivitet og isolasjon er faktorer som forsterker de depressive symptomene. Det er ikke alltid en mulighet for pasientene å gjenoppta de samme aktivitetene de gjorde før hjerneslaget. For at pasientene skal bli motiverte til å utføre ulike aktiviteter er det viktig at sykepleiere ikke presser dem til å

gjøre aktiviteter de ikke mestrer. Å mobilisere egne ressurser vil kunne gi selvtillit og tro på egen mestring.

Det viste seg i studien til Almborg mfl. (2010) at det var et begrenset tilbud i utendørsaktiviteter til pasientene som hadde opplevd et hjerneslag. Pasientene følte at de var isolert, da de holdt seg mye inne. Det ble begrensninger på sosiale aktiviteter som å besøke venner og familie, handle, samt andre aktiviteter. For de pasientene som deltok på sosiale aktiviteter etter utskrivelse fra sykehus var det assosiert med en høyere livskvalitet. Studien ønsket å ha fokus på at pasienten skulle være aktiv ved planlegging av utskrivelse, da dette kan gi en mestringsfølelse som igjen kan være med på å forbedre livskvaliteten. Ettersom behovet for et sosialt aktivt liv etter utskrivelse er nødvendig for rehabiliteringen og forebygging av depresjon, er det viktig at dette er et sentralt mål i utskrivelsesprosessen. Sykepleier bør derfor ha et økt fokus på dette, og gjøre pasienten orientert over hvilke muligheter som kan forventes i tiden fremover.

I studien til Ginkel mfl. (2010) har de blant annet fokusert på viktigheten av fysisk aktivitet som styrke, balanse og utholdenhet som effektive tiltak for å forebygge depresjon. Det var vist at dette hadde en positiv effekt på depresjon og antall deprimerte pasienter. En av sykepleieoppgavene bør derfor inkludere fysisk aktivitet i den daglige pleien, og motivere pasienten for å delta på fysio -og ergoterapi. I følge Hummelvoll (2012) er det viktig at sykepleiere som driver med motivasjonsarbeid for å fremme aktivitet hos pasienter med depresjon, i tillegg til at det er viktig at aktiviteten pasienten driver med ikke er for krevende. For at de skal kunne lykkes med å aktiviseres, er det viktig at mestringsfølelsen og selvtilliten blir gradvis oppbygget. Når sykepleier gjør dette gradvis vil pasienten få en tro på seg selv, og det kan være med på å motvirke følelsen på håpløshet. Hummelvoll (2012) mener videre at det vil ha en stor betydning for pasienten å delta på aktiviteter, selv om pasienten kanskje ikke tør eller ønsker dette selv. Senere i forløpet vil kanskje pasienten være takknemlig for at sykepleier motiverte til å delta på aktiviteter. Dette vil kunne resultere i at pasienten føler seg betydningsfull.

5.5 Metodekritikk

I bakgrunns- og drøftingsdelen i oppgaven er det anvendt pensumlitteratur, samt annen relevant fag- og forskningslitteratur. Pensumet Høgskolen i Gjøvik anbefaler anses som pålitelig, og det er benyttet pensum fra hele studieløpet. Noe av litteraturen har svakheter da den inneholder sekundærkilder, noe som kan medføre feiltolkninger av den opprinnelige teksten. Dette kan videre føre til at litteraturen tolkes feil, og dette vil få betydning for resultatet. Det er valgt å bruke sekundærkilder i oppgaven da det ble funnet relevant stoff.

Fem av seks artikler som er med i oppgaven er primærkilder. Dette styrker oppgaven da primærkildene ikke er tolket av andre. Det er anvendt artikler med engelsk språktekst, samt en med norsk språktekst. Engelskspråklige artikler er en utfordring på grunn av språkforståelsen, da informasjonen kan feiltolkes på grunn av feil oversettelse og misoppfatning.

Artikkelen til Halvorsrud, Phar og Kvarme (2014) oppfyller ikke alle inklusjonskriterier, som depresjon etter hjerneslag og rehabiliteringsprosessen. Den tar for seg hvordan hjemmesykepleiere beskriver pasientens depressive symptomer, og hvilke tiltak som blir iverksatt, uavhengig av utløsende årsak. Artikkelen er likevel inkludert i denne litteraturstudien, da innholdet anses som relevant for tematikken i oppgaven.

Det er noe varierende kvalitet på artiklene i forhold til oppgavens problemstilling. Artikkelen til Ginkel mfl. (2010) anses som svært sykepleiefaglig relevant da den tar for seg et større utvalg sykepleieintervensjoner hos pasienter som har utviklet depresjon etter hjerneslag. Studien inneholder flere profesjoner enn sykepleie, men den kan i stor grad overføres til sykepleiere og deres daglige arbeid med pasienter som har opplevd et hjerneslag, og som står i fare for- eller har utviklet depresjon.

Artikkelen av Kouwenhoven mfl. (2011) er en intervjustudie hvor de ble stilt tre spørsmål. Deltakerne i studien relaterte de depressive symptomene til opplevelsen av tapet som slaget medførte, og konsekvensene av hjerneslaget. Studien tar for seg depresjon relatert til hjerneslag også 18 måneder etter slaget inntraff. Studien ble vurdert som positiv da den ikke bare tok for seg de første seks månedene etter slaget, men også så på utviklingen over en lengre tidsperiode.

Denne litteraturoppgaven anses som pålitelig, da det er blitt benyttet et bredt spekter av

kvalitetssikrede referanser. Resultatene i studien kan overføres til klinisk praksis, noe som anses som betydelig sykepleiefaglig relevans. Det var utfordrende å finne relevant litteratur til studien, da utvalget oftest var rettet mer mot rehabiliteringsprosessen. Studien kunne vært vinklet på en mer spesifikk arena, men det var ønskelig å se et bredere perspektiv av helsetjenesten når det kommer til depresjon etter hjerneslag. Hadde vi for eksempel valgt å spesifisere tema ytterligere, til å kun gjelde sykepleiere i hjemmesykepleien, hadde vi kunnet fått et smalere resultat, og søkene ville derfor vært annerledes.

6.0 KONKLUSJON

Utgangspunktet for denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleiere kan identifisere og forebygge depresjon hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag.

Det vises i studien at sykepleiere synes det er vanskelig å identifisere depresjon etter hjerneslag selv om det er høy forekomst av dette blant pasientene. Ved å identifisere depressive symptomer allerede når pasienten er innlagt i sykehus, samt at sykepleiere er bevisste på dette etter utskrivelse, vil være med på å redusere antall deprimerede pasienter. At sykepleier har god kjennskap til pasienten og vet noe om pasientens liv i forkant av hjerneslaget er en viktig faktor for at sykepleier skal kunne gjøre gode observasjoner og identifisere depresjon. I et tidlig møte med pasienten vil sykepleier oppfatte ulike prediktorer som kan spille en viktig rolle for videre kartlegging, for eksempel høy alder og lite sosialt nettverk. Sykepleiere observerer pasienten i ulike situasjoner og kan dermed observere om det er forandringer i pasientens vante mønster og kroppsspråk. Slike forandringer kan tyde på en begynnende depresjon. I tillegg til det kliniske blikket er det anbefalt å anvende ulike kartleggingsverktøy for identifisering av depresjon. Målet med å identifisere depresjon etter hjerneslag på et tidlig stadium er å kunne iverksette forebyggende tiltak, da dette kan ha stor betydning for rehabiliteringen. Fagkunnskap om tema og benyttelse av kartleggingsverktøy må derfor inn i behandlingsopplegget til pasienter med hjerneslag, samt i den daglige pleien.

For at sykepleier skal ha en forebyggende funksjon vedrørende depresjon etter hjerneslag er det viktig å motivere pasienten til å gjenvinne håp for fremtiden. Dette vil bidra til økt livskvalitet som igjen vil være positivt for pasienten. At sykepleier gir emosjonell og fysisk støtte gjennom prosessen etter hjerneslaget vil bidra til å redusere depressive symptomer. Tidlig identifisering av depresjon er viktig for at sykepleier skal kunne ha en forebyggende rolle rundt de miljømessige faktorene som er rundt pasienten. For å kunne forebygge depresjon hos pasienter som har gjennomgått et hjerneslag, må sykepleier bidra til å gi pasienten motivasjon til å starte opp igjen så mange som mulig av tidligere funksjoner og aktiviteter. I tillegg til dette kan sykepleier til å hjelpe pasienten til å finne nye aktiviteter. Det er viktig å motivere for både fysiske, men også sosiale aktiviteter for at de skal ha et aktivt liv. Sykepleiefunksjonen har derfor flere funksjoner, blant annet en koordinatorrolle, hvor sykepleier setter pasienten i kontakt med andre instanser som kan bidra til sosial og fysisk aktivitet.

Videre er en god etteromsorg viktig for å unngå så langt det lar seg gjøre å utvikle en depresjon. Sykepleierne som bedriver etteromsorgen, kanskje særlig hjemmesykepleien, er kompetent til å oppdage, identifisere problematikk og konkretisere en depresjon. Sykepleier må finne kjernen i problematikken.

7.0 LITTERATURLISTE

Aare, T.F., (2014). Depresjon. I: Dahl, A.A., T.F. Aare og J.H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. Oslo: Cappelen Damm, s 135-153.

Aveyard, H (2014) *Doing a literature review in health and social care, a practical guide*. England: Open University Press.

Almborg, A, H. mfl. (2010) Discharged after stroke - important factors for health related quality of life. I: *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), s. 2196-2206.

Bjerke, M. L (2014) *Hjerneslag; -hjerneinfarkt og hjerneblødning. Sykdomslære og sykepleie til pasienter med hjerneslag* [online]. Slagenhet Stokmarknes. URL: http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Pulsen/Kunnskapsbygging/Tekstfiler/Hjerneslag_Marita_Bjerke_%20NLSH_Stokmarknes.pdf (20.10.2015)

Bjørk, I. T. og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie, en ressurshåndbok*. Oslo: Akribe.

Dalland, O (2013) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.

Dalsø, T. (2014). Musikkterapi kan redusere symptomene på depresjon, I: *Kunnskapssenteret* [online]. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/musikkterapi-kan-reducere-symptomene-pa-depresjon> (12.11.2015)

Eide, E. og T. Eide (2009) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.

Engedal, K. (1983) *Geriatrisk depresjonsskala*. I: Aldring og helse. [online]. URL: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=384> (28.10.2015)

Farrell, C. (2004) Poststroke Depression in Elderly Patients. I: *Dimensions of Critical Care Nursing*(23(6)

Forsberg, C. & Y.Wengstøm (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfattarne och bokforlaget Natur & Kultur.

Forskningsetikkloven (2007) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning* [online]. Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55/KAPITTEL_3#§3-7 (29.10.2015).

Fure, B (2007) Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. I: *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127(10). s. 1387-1389

Ginkel, J. M. M. mfl. (2010) A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses I: *Journal of clinical nursing*, 19(23-24), s. 3274-3290

Greenberg, S. A. (2012) The Geriatric Depression Scale (GDS). I: *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* (4). [online]. URL: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_4.pdf (28.10.2015).

Halvorsrud, L., I, Phar., og L, G, Kvarme (2014) Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. I: *Sykepleien forskning*, 9(3) s. 244-253

Halvorsrud, L (2015) Tidspress gjør blind, I: *Sykepleien nyheter* [online]. URL: <https://sykepleien.no/2015/01/tidspress-gjor-blind> (12.11.2015)

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. [online] URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonale-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf> (13.11.15)

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. [online]. URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for->

diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf (06.11.15) s. 25-26.

Helsepersonelloven (2011) Lov helsepersonell [online]. Lovdata. URL:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (09.11.15)

Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal.

Høgskolen i Gjøvik (2014a) *Forskningsområdet klinisk sykepleie* [online]. URL:
<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (02.10.2015)

Høgskolen i Gjøvik (2014b) *Helse i dagliglivet* [online]. URL:
http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet (02.10.2015)

Håkonsen, K. M. (2014) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal, s. 259, 276.

Iversen, G.S., R. Selmer og H. Hånes (2012) *Hjerneslag - årsaker og forebygging*. I: *Folkehelseinstituttet* [online]. URL:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6067&MainContent_6263=6464:0:25,6068&List_6212=6218:0:25,8090:1:0:0::0:0 (15.11.2015)

Jacobsen, D. og E. Dietrichs (2012) *Karsykdommer*. I: Jacobsen, D. mfl. (red.). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal, s. 112.

Kirkevold, M (2014) *Hjerneslag*. I: Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s. 464-479.

Kristoffersen, N. J., G. Breievne og F. Nortvedt (2011) *Lidelse, mening og håp*. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer, b. 3*. Oslo: Gyldendal, s. 248, 246-293.

Kristoffersen, N (2011a) Stress og mestring. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer, b. 3*. Oslo: Gyldendal, s 134-196.

Kristoffersen, N (2011b) Den myndige pasienten. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer, b. 3*. Oslo: Gyldendal, s 338-385.

Kouwenhoven. S. E. mfl. (2011) The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective. I: *International Journal of qualitative studies on health and well-being*, 6(4).

Kouwenhoven, S. E. og M. Kirkevold (2013) Å leve med depresjon etter hjerneslag. I: *Sykepleien forskning*, 4(8), s. 334-342.

Kouwenhoven, S. E. og M. Kirkevold (2014) Depressive symptomer etter hjerneslag. I: *Sykepleien forskning*, 1(9), s. 72-78.

Kringelen, E. (2011) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal.

Malt, U (2014) *Hospital Anxiety Depression Scale*. [online]. Store medisinske leksikon. URL: https://sml.snl.no/Hospital_Anxiety_Depression_Scale

Muus, I (2008). *Helbredsrelatert livskvalitet etter apopleksi*. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, s 11-15.

Norsk Helseinformatikk (2014) *MADRS (Montgomery And Åsberg Depression Rating Scale)* [online]. URL: <http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/montgomery-and-aasberg-depression-rating-scale-madrs-3271.html> (07.11.15)

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (19.10.15) s. 7

NSD (2015) *Publiseringskanaler*. [online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (08.10.2014).

Nyeng, F. (2012) *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori* Bergen:
Fagbokforlaget

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online].
Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 (11.11.15)

Polit, D. F. og C.T., Beck, (2014) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Richter, R., A., M. Volz., M. Jöbges og K. Werheid (2015) Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression. I: *The journal of nutrition, health & aging*. 19(7) s. 754-758.

Rustøen, T. (1991) *Livskvalitet, en sykepleieutfordring*. Oslo: Gyldendal.

Piliae, R. E. T., Hepworth, J. T., Coull, B. M (2013) Predictors of depressive symptoms among community-dwelling stroke survivors. I: *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(5) s. 460-467.

Sagen, U., A. Lerdal og T. Dammen. (2007) Depresjon og tretthet/utmattelse hos pasienter med hjerneslag I: Hem, E., P. Valgum og P. Nerdrum (red). *Pasienten og sykdommen*. Oslo: Gyldendal

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010) *Psykatrieboken -Sinn- kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal.

Slag.no (2012) *Hva er hjerneslag?* [online]. URL: <http://www.slag.no/Hjerneslag/Hva-er-hjerneslag> (20.10.2015)

Smebye, K., L (2002) Verdi og mening I: Karoliussen, M. og Smebye, K., M.(red.) *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal s. 754-820

Sneltvedt, T (2010) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere I: Brinchmann, B. S. (red). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal, s. 98-116

Strøen, I. (2010) *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Damm.

Sykepleierens Samarbeid i Norden (2003) *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden* [online]. URL:
<http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>
(29.10.2015).

Thommessen, B (2003) Hva kjennetegner den gamle slagpasienten? I K. Engedal, & T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe, s. 97-108

Travelbee, J. (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal

Tutton, E. mfl (2011) Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. I: *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), s. 2061-2069

Wergeland, A., S. Ryen og T. G. Ø. Olsen (2010) Sykepleie ved hjerneslag. I: Almås, H., D. G. Stubberud og R. Grønseth (red). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal, s. 261-284