



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - del 2

Tittel på oppgaven(norsk og/eller engelsk)

Hvilke faktorer kan ha betydning for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag?

Kandidatnummer eller kandidatnumre (hvis flere)

4504 og 4515

Veileder Ingunn Vasset og Janne-Rita Skår

Totalt antall sider og ord inkludert forsiden:

Antall sider: 26 antall ord:7893 Antall vedlegg:11

Innlevert Ålesund, 20.05.16. kl. 17:30

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng:

Veileder: Ingunn Vasset og Janne-Rita Skår

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 09.05.16

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet i forbindelse med avslutning på sykepleierutdannelsen ved NTNU Ålesund. Det har vært en lærerik prosess som vi håper også du som leser har nytte av.

Vi ønsker å rette stor takk til våre veiledere Ingunn Vasset og Janne-Rita Skår for god veiledning gjennom prosessen.

Samtidig ønsker vi å takke familie og samboere for forståelse og støtte i denne hektiske perioden.

Sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunn for valg av tema er at vi ønsket mer kunnskap om utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke faktorer som har betydning for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag.

Metode: Vi har brukt et systematisk litteratursøk og analysert 8 forskningsartikler som belyser valgt problemstilling.

Resultat: Resultatet viser at fysisk funksjonsevne, alder og kjønn, kunnskap og sosiale og psykososiale faktorer er av betydning for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag. Fysisk funksjonsevne har vist seg å ha betydning for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag, fordi det å få nedsatt funksjonsevne for mange var vanskelig å takle. Alder og kjønn hadde ulike resultat, forskning viste både at alder hadde betydning, men også at det ikke hadde det.

Flere av artiklene viste at det var nødvendig med mer kunnskap og informasjon om depresjon og hjerneslag. Dersom helsepersonell setter realistiske mål og bidrar til å finne mestringsstrategier, kan dette forebygge utvikling av depresjon etter hjerneslag. Sosiale behov er ifølge forskningen utfordrende etter gjennomgått hjerneslag, dette kunne i seg selv bidra til å utvikle depresjon.

Konklusjon: Som sykepleier så må en bidra med mestring og tilrettelegging av fysiske behov etter gjennomgått hjerneslag. En bør også som sykepleier legge til rette for at pasienten kan opprettholde sitt sosiale liv da dette kan forebygge en depresjon.

Summary:

Background: The choice of theme was decided on the background of wanting more knowledge about the development of depression after experiencing a stroke.

Purpose: The purpose of this study was to investigate the important factors of the development of depression after undergoing a stroke.

Method: A systematic literature and 8 analyzed research papers have been used to illuminate the problem issue.

Result: Results shows that physical disability, age and sex, knowledge and social and psychosocial factors are of importance for the development of depression after undergoing a stroke. Physical disability has proven to be a crucial factor of the development of depression, because of the difficulty of coping with the disability. Research regarding the importance of age and sex gave a mix of results, some research revealed that age was significant, while others revealed it was not. Several articles concluded that it is necessary to gain more knowledge and information about the link between depression and stroke. If healthcare professionals set realistic goals, and assist with the findings of coping strategies it could prevent the development of depression after a stroke.

After experiencing a stroke, social needs according to research are one of the most challenging factors; this itself could be enough to trigger depression.

Conclusion: As a nurse it is important to contribute to the adjustments that come with the new physical needs after undergoing a stroke. One should also help the patient to maintain his social life, which is an important factor of preventing depression.

Innhold

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling	1
1.3 Presisering av problemstilling	2
1.4 Oppgavens videre oppbygning og innhold	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1.0 Hjerneslag	3
2.1.1 Behandling etter hjerneslag	4
2.2 Depresjon	5
2.2.1 Opplevelsen av depresjon etter hjerneslag	6
3.0 Metode	8
3.1 Datainnsamling	8
3.1.1 Databaser og søkehistorikk	9
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.2 Kvalitetsvurdering av artiklene	10
3.3 Etske vurderinger	11
3.4 Analysen av artiklene	12
4.0 Resultat	14
4.1 Fysisk funksjonsevne	14
4.2. Alder og kjønn	15
4.3 Kunnskap	15
4.4 Sosiale faktorer	16
4.5 Psykososiale faktorer	17
5.0 Diskusjon	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.2 Fysisk funksjon	19
5.3 Alder og kjønn	20
5.5 Sosiale faktorer	22
5.5 Psykososiale faktorer	23
6.0 Konklusjon	25
7.0 Litteraturliste:	27
8.0 Vedlegg	31

1.0 Innledning

I innledningen vil oppgaven ta for seg beskrivelse av bakgrunn for valg av tema, oppgavens hensikt og problemstilling.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet hjerneslag og depresjon ble valgt på bakgrunn av at vi ønsker mer kunnskap om hjerneslag og hvilke risikofaktorer som kunne ha betydning for å utvikle depresjon etter gjennomgått hjerneslag. Etter praksisperioder så har vi observert at en del av pasientene som var rammet av hjerneslag kunne utvikle depresjon.

Hjerneslag, Apoplexia cerebri er den tredje vanligste dødsårsaken og det er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming i Norge. Hjerneslag er en tilstand som kommer plutselig og rammer pasienten både fysisk, psykisk og sosialt. Når deler av hjernen mister blodforsyning kalles det hjerneslag. Det er stort sett middelaldrende og eldre som rammes (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2010). I følge norsk hjerneslagregisters årsrapport (2014) viste resultater at ca. 46% kvinner med gjennomsnittsalder på 78 år og 54% menn med gjennomsnittsalder på 72 år ble rammet av hjerneslag i 2014. Depresjon er en vanlig komplikasjon som oppstår blant kritisk og akutt syke, blant annet hos pasienter som blir rammet av hjerneslag og hjerneinfarkt, kreftsykdommer og sykdommer og skader i sentralnervesystemet (Stubberud 2013, s.70). Depresjon forekommer hos ca. 20-40 % hjerneslagrammede, og kan medføre nedsatt rehabiliteringspotensial (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2010).

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling.

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som hadde betydning for å utvikle depresjon hos hjerneslagrammede, og hvilke faktorer pasientene opplevde som vanskeligst, samt hvilke konsekvenser dette kunne ha for rehabilitering og sykepleie. Ut fra dette har vi utarbeidet problemstillingen:

Hvilke faktorer kan ha betydning for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag?

1.3 Presisering av problemstilling

Vi har valgt å fokusere på faktorer som kan ha betydning for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag på bakgrunn av at vi vil belyse viktigheten av at det er et tema som er viktig å få mer kunnskap om. I oppgaven vår har vi valgt å fokusere på pasientperspektivet. Vi har valgt å bruke ordet hjerneslag istedenfor Apoplexia cerebri, dette på bakgrunn av at det er mer utbredt i forskningsartikler og i allmennheten. Oppgaven er avgrenset fra akutfasen til 18 måneder etter hjerneslaget, dette har vi valgt ut i fra at vi har erfart at depresjon kan utvikle seg i rehabiliteringsfasen.

1.4 Oppgavens videre oppbygning og innhold

Videre i oppgaven vil vi ta for oss utvalgt teori som skal danne grunnlag for oppgaven, deretter vil vi presentere metoden vi har brukt for å finne frem til relevante forskningsartikler og hvordan vi analyserte materialet. Resultatene blir presentert fra analysen og deretter drøfter teori og forskning opp mot hverandre, samt hvilke konsekvenser dette har for sykepleie. Avslutningsvis vil oppgaven kunne ut til en kort konklusjon og forslag til videre forskning.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil vi presentere teori som er valgt ut for å begrunne vår problemstilling som legger grunnlag for drøftingen i kapittel 5.0.

2.1.0 Hjerneslag

Hjerneslag er en plutselig skade på hjernevevet som følge av at deler av hjernen mister blodtilførselen, dette kan være på grunn av ett hjerneinfarkt eller en blødning fra en arterie i hjernen. Svekket oksygen- og glukosetilførsel i blodet i mer enn få minutter i ett område i hjernen vil føre til at hjerneceller raskt dør, og dermed vil funksjoner kontrollert av dette området gå tapt (Bertelsen 2011). En årsrapport fra Norsk hjerneslagregister (2014) viste at 8409 personer ble rammet av hjerneslag i 2014, 85 % var hjerneinfarkt, 13 % hjerneblødning og 2 % var ukjent årsak.

Forskjellen mellom hjerneinfarkt og hjerneblødning er at hjerneinfarkt oppstår ved at en blodåre til en stor eller liten del av hjernen blir tettet, og en hjerneblødning oppstår ved at en arterie i hjernen sprekker med blødninger som følge. Risikofaktorer som kan utløse hjerneslag er fysisk inaktivitet, røyking, diabetes, hjertesvikt, atrieflimmer, ubehandlet høyt blodtrykk, alder og overvekt (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2010).

Pasienter som har symptomer på akutt hjerneslag skal innlegges som øyeblikkelig hjelp. Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2010) anbefaler at en bruker FAST-metoden for å identifisere pasienter med sannsynlig akutt hjerneslag. Viser pasienten tegn til endringer/asymmetri i ansiktet, armer/bein, språkvansker og/eller talevansker så er det viktig å kontakte sykehus med engang da tiden kan være betydelig. De fleste sykehus har egne enheter, slagenheter, for behandling av pasienter med hjerneslag. Innleggelse på slagenhet reduserer dødeligheten, bedrer funksjonsnivået på kort og lang sikt og det reduserer også behovet for sykehjemsplass. Symptomene på disse tilstandene kan utvikle seg noe ulikt, ved hjerneinfarkt kan symptomene komme noe mer gradvis (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2010). Symptomene og konsekvensene som denne tilstanden medfører er også avhengig av hvilken størrelse hjerneinfarkt eller hjerneblødningen er, og hvilken del av hjernen som blir rammet. Lammelser, koordineringsvansker i armer og bein, syns- og språkforstyrrelser, talevansker, konsentrasjonsvansker, dårlig hukommelse og psykiske reaksjoner er konsekvenser som

kan oppstå etter ett hjerneslag (Sagen, Lerdal og Dammen 2007). Hvilken grad utfallene påvirker pasientens funksjonsnivå vil også være avgjørende for sykepleien. Eksempel på dette kan være muntlig beskrivelse og visuell instruksjon ved små utfall eller at sykepleier setter i gang bevegelsen og eventuelt leder pasientens kropp ved store utfall. Det er imidlertid viktig at pasienten alltid er deltakende og aktiv for at han/hun skal bli bedre. Hjerneslagrammede får en ny livssituasjon som de må lære å takle, og mange kan oppleve en depresjon. Dette kan føre til nedsatt livskvalitet eller at rehabiliteringsprosessen blir forlenget på grunn av svekket motivasjon til trening (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2010).

2.1.1 Behandling etter hjerneslag

Alle pasienter med symptomer på hjerneslag skal innlegges i en slagenhet, dette er for å få stilt korrekt diagnose, forebygge komplikasjoner, begrense omfanget av hjerneslaget og starte med tidlig mobilisering. Tidsrommet fra symptomene oppstår til behandlingen starter er svært avgjørende for hvilken type behandling pasienten kan få. Studier har vist at riktig behandling og opptrening etter hjerneslag har stor betydning for pasientens senere funksjonsevne, livskvalitet og kognitive funksjon (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2010).

I akutfasen behandles hjerneslaget ulikt etter hva som er årsaken, altså om det er hjerneinfarkt eller hjerneblødning. CT eller MR tas raskt etter innleggelse for å avdekke årsaken til hjerneslaget. Dersom årsaken til hjerneslaget er hjerneinfarkt vurderes trombolytisk behandling som behandlingsmetode, dette er fordi årsaken til hjerneinfarkt er en tilstoppet blodåre i hjernen.

Hjerneblødning skyldes at en arterie i hjernen eller hjernehinnen sprekker med påfølgende blødning. Hjerneblødning behandles ofte med kirurgi dersom blødningen kommer fra hjernens hinner, dette kalles også en subaraknoidal blødning. Pasienter med intracerebrale blødninger, hjerneblødninger har vist gjennom en studie å ha liten effekt av kirurgi (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2010).

2.2 Depresjon

Depresjon kommer opprinnelig fra latin og tyder nedtrykkelse. Depresjon er en subjektiv opplevelse og kan defineres som en sinnsstemning, et syndrom eller en sykdomsgruppe (Hummelvoll 2012). For å diagnostisere en depresjon må vedkommende føle nedtrykthet over lengre tid, symptomer på depresjon må være til stede det meste av dagen i mer enn 14 dager og pasienten må ha minst to grunnsymptomer for at det skal være en depressiv episode. Grunnsymptomer ved en depresjon er senket/nedtrykt stemningsleie, at pasienten kan oppleve interesse- og gledeløshet, økt trøttbarhet og følelsen av lav energi. Pasienten kan oppleve tilleggssymptomer som nedsatt hukommelse og konsentrasjonsevne, tiltaks- og initiativløshet, nedsatt appetitt og søvn, lav selvtillit, skyldfølelse, psykomotorisk agitasjon eller retardasjon hvor tanker, tale og bevegelser er svekket, samt tanker om døden og selvmord. Depresjon er en vanlig komplikasjon som oppstår blant kritisk og akutt syke, blant annet hos pasienter som blir rammet av hjerneslag og hjerneinfarkt, kreftsykdommer og sykdommer og skader i sentralnervesystemet (Stubberud 2013).

En som opplever depresjon beskriver ofte seg selv som følelsesmessig tom og flat, og føler at ingenting betyr noe lengre (Helsedirektoratet 2009). Depresjon kan deles inn i tre forskjellige nivåer; mild, moderat og alvorlig depresjon. Ved mild depresjon er realitetsorienteringen intakt. En vil oppleve tristhet i en slik tilstand, men i forhold til seg selv eller andre motiver så vil ikke dømmekraften bli påvirket av det senkende stemningsleiet. Ved moderat depresjon så vil virkelighetsoppfatningen ha en større tendens til å fordreie seg, pasienten kan få tanker om at andre misliker han/henne eller har en negativ oppfatning av han/henne. Dømmekraften til pasienten blir ofte dårlig, og pasientens selvaktelse og selvbylde blir negativt preget. Når man har alvorlig depresjon så vil realitetstesting være så svekket at pasienten vil oppleve vrangforestillinger og vurderingsevnen er så dårlig og pasienten bryr ikke seg om konsekvensene av sin atferd (Hummelvoll 2012).

Mange som opplever en depresjon kan føle seg utslått og kraftløs og håpløsheten kan være overveldende, men også de kroppslige funksjonene kan bli påvirket. De kan få problemer med nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelser, smerter og ubehag, menstruasjonsforstyrrelser, samt problemer med potens og seksuell lyst kan oppstå. Angst er et symptom som er vanlig å få ved alle depressive lidelser, og kan oppstå både ved den milde og den alvorlige depresjonen (Hummelvoll 2012).

2.2.1 Opplevelsen av depresjon etter hjerneslag

Depresjon rammer ofte pasienter som har gjennomgått slag, noe som kan føre til at rehabiliteringsprosessen blir nedsatt. Som sykepleier må en være oppmerksom på at dette er en konsekvens som også kan oppstå sent i sykdomsforløpet. Diagnosen hjerneslag kan oppleves som en ubegripelig situasjon både for pasienten og pårørende, man kan føle seg hjelpeløs og har vansker med å forstå hva som har hendt (Helsedirektoratet 2009).

I følge helsedirektoratet (2009) kan depresjon ha stor virkning på sykdomsforløp og andre utfall av akutt og kronisk somatisk sykdom, samtidig kan det øke mortaliteten.

Ved ubehandlet depresjon så kan pasienten få konsekvenser som dårligere ADL-funksjon, forsinkelse i rehabiliteringsprosessen, redusert kognitiv funksjon, økt belastning for pårørende og få en passiv og tilbaketrukket livsstil som kan føre til svekket livskvalitet, problemer med å være sosial blant andre og gjøre opplevelsen av depresjonen sterkere. Det er også vist økt mortalitet og økt risiko for nytt slag. Noen ganger kan det være vanskelig å komme ut av en slik situasjon og pasienten kan trenge behandling for å kunne bli bedre (Sagen, Lerdal og Dammen 2007).

Pasienter som opplever vanskelige livssituasjoner som alvorlig og livstruende sykdom, tap og sorg utvikler ofte depresjon og tristhet.

Ved depresjon så vil ofte interesser som skapte glede og engasjement bli meningsløse, en kan få lavere energinivå og aktivitetsnivået kan bli sterkt svekket (Håkonsen 2009). Noen dager eller timer etter at skaden av hjerneslaget har stabilisert seg, begynner vurderingen av konsekvensene og gjenopptrening av svekkede funksjoner umiddelbart. Pasientene er ofte veldig optimistiske og har sterkt pågangsmot, og har store forventninger om å komme tilbake til livet sitt slik det var før en ble rammet av hjerneslaget. Men alle pasientene er ikke like optimistiske, noen er fortvilet og nedfor, noe som kan utvikle depresjon etter hvert. Dette kan være alvorlig for pasientens rehabiliteringsforløp siden det truer den rammede sin evne til å delta i opptreningen, og som igjen kan føre til økt dødelighet og svekket funksjonsbedring (Kirkevold 2008).

En slik situasjon eller opplevelse etter et hjerneslag kan utløse en krise hos pasienten, dette kan virke truende på pasientens selvstendighet, kontrollen over eget liv, kontinuitet i livet og følelsen av stabilitet, samt integriteten til pasienten i den nye livssituasjonen. Det kan oppleves som et tap, at en mister noe og en kan få følelsen av ikke å være selvstendig lengre, og føle seg avhengig av andre (Håkonsen 2009). Å havne i en slik traumatisk

tilstand kan oppleves forskjellig hos hver enkelt pasient. Det kan skifte mellom håp, håpløshet, visshet og uvisshet, trygghet og utrygghet som igjen kan skape frykt, sinne, angst eller depresjon (Stubberud 2013).

3.0 Metode

Metode er redskapet vi bruker til å undersøke noe, det skal gi oss en oversikt over hvordan vi bør arbeide for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland 2012). Målet for oppgaven er å utarbeide en systematisk litteraturstudie som er utført ved hjelp av et systematisk litteratursøk, som videre skal belyse problemstillingen vår:

Hvilke faktorer kan ha betydning for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag?

Det som definerer en systematisk litteraturstudie er ifølge Forsberg og Wengström (2013, s.27) at:

“Den utgår från en tydligt formulerad fråga som besvaras systematisk genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning”

For å kunne utføre litteraturstudien er vi avhengig av at det er utført tilstrekkelig med forskning innenfor temaet og at studiene er av god kvalitet, samt at resultater blir kritisk vurdert og analysert (Forsberg og Wengström 2013).

3.1 Datainnsamling

Målet med forskningen er å tilegne seg ny kunnskap og innsikt, men en må også sørge for at dette ikke skjer på bekostning av deltakernes integritet og velferd (Dalland 2012). Målet med datainnsamlingen var å finne relevante artikler med god kvalitet som vi kunne bruke i oppgaven vår. I dette kapittelet vil vi presentere hvilke databaser som ble brukt, hvilke søkeord som ble brukt, hvordan vi inkluderte og ekskluderte artikler. Vi vil også gi en oversikt over hvordan vi kvalitetsvurderte artiklene og hvilke etiske vurderinger som ble utført. Avslutningsvis vil vi presentere hvordan vi gjennomførte analysen av artiklene som vi fant relevant for vårt tema.

3.1.1 Databaser og søkehistorikk

Litteratursøket var ett tidskrevende arbeid, hvor søkeprosessen tok i alt fire uker å gjennomføre. I starten utførte ustrukturerte søk innenfor databaser som kunne være relevante for vårt tema, vi fokuserte på å søke innenfor databaser som var knyttet til medisinsk og helsefaglig forskning.

Vi utførte et systematisk litteratursøk i databasene CinahlComplete, PubMed, Svemed+, Helsebiblioteket og Ovid Nursing. Databasene som ble benyttet i vår studie var CinahlComplete, PubMed og Google Scholar. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) er CinahlComplete og Pubmed databaser som holder fokus på medisinsk og helsefaglig forskning, Google Scholar er en database hvor en kan søke etter forskning i fulltekst som kan være tilgjengelig i et annet publiseringsformat.

Svemed+, Helsebiblioteket og Ovid nursing ble ikke brukt videre i litteratursøket siden vi ikke fant artikler som vi følte var relevante eller var av god kvalitet i forhold til vår oppgave. Vi har utført søk i sykepleien forskning, i denne databasen fant vi en artikkel som var relevant i forhold til vår problemstilling. Vi søkte dermed etter denne artikkelen i CinahlComplete.

I starten av vårt systematiske litteratursøk så ble det prøvd ut forskjellige søkeord og sammenhenger av flere søkeord. Søkeordene som vi brukte var «acute stroke», «stroke», «depression», «risk factors», «rehabilitation» og «experience». For å sette sammen flere søkeord brukte vi søkemotorens AND som hjelpemiddel. Dette er en logisk operatør som kan bidra til å innsnevre et bredt litteratursøk slik at man til slutt sitter igjen med relevante referanser som er håndterlige (Bjørk og Solhaug 2008).

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne fram til relevante forskningsartikler av god kvalitet var vi ute etter å finne artikler som inneholdt IMRaD-strukturen, denne strukturen kunne bidra til å luke ut artikler som ikke var relevante og lesingen av artiklene kunne gå raskere, samt at standardiseringen gjorde det enklere å orientere seg i ukjente tidsskrifter (Dalland 2012). Vi satte begrensninger om at alle artiklene skulle være publisert fra 2010 til 2016. Andre inklusjonskriterier som vi brukte i søket var at artiklene skulle være i fulltekst, inneholde

sammendrag, være etisk godkjent og fagfellevurdert. Vi fokuserte også på å avgrense til at forskningsartiklene skulle være fra akutfasen til 18 måneder etter hjerneslaget, siden vi ut i fra erfaringer har observert at depresjon utvikler seg i rehabiliteringsfasen.

Vi ekskluderte artikler som var eldre enn 2010 og som ikke inneholdt IMRaD-struktur. Andre eksklusjonskriterier vi brukte var blant annet språk, vi fokuserte på artikler som var på norsk og engelsk, artikler på andre språk ble ekskludert. I starten hadde vi til sammen 11 artikler, vi ekskluderte 3 av disse på grunnlag av at de ikke hadde relevans for problemstillingen vår. Artikler som hadde fokus på sykepleieperspektiv eller pårørendeperspektivet ble ekskludert fra studien med tanke på at vi ville ha artikler som omhandlet pasientperspektivet.

3.2 Kvalitetsvurdering av artiklene

Kvalitetsvurdering innebærer at en gransker kildebruken i de inkluderte studiene. For å kunne utføre en god kvalitetsvurdering så bør man se på hvordan rapportering av litteratursøket har blitt gjennomført, hvordan artiklene har blitt analysert og hvilke kriterier som ble brukt i studien for inkluderte artikler (Bjørk og Solhaug 2008). Andre måter som kan bidra til god kvalitetsvurdering er og se på studiens hensikt, problemstilling, utvalg, design/metode, måleinstrumenter, publiseringsdato, analyse og tolkning (Forsberg og Wengström 2013). Vi vurderte kvaliteten på artiklene ut fra at de skulle inneholde IMRaD-struktur, strukturen viser hvordan artiklene er oppbygd og om artiklene er vitenskapelige. IMRaD-struktur innebærer at artikkelen har introduksjon, metode, resultat og diskusjon. IMRaD-struktur kan gjøre det enklere å lese og orientere seg i ukjente tidsskrifter (Dalland 2012). Vi hadde også fokus på at alle artiklene skulle være etisk godkjent. Vurderingen av artiklene har vi gjort sammen for å sørge for at all viktig informasjon ble inkludert i analysen. Under analysen av artiklene delte vi artiklene mellom oss for så å bytte artikler i etterkant, vi ser på dette som en kvalitet fordi begge har lest alle artiklene og har god kunnskap om innholdet. Vi ønsket også at artiklene skulle være referebedømt, dette er ingen absolutt kvalitetsgaranti, men det er en indikasjon på at artikkelen har en viss standard (Bjørk og Solhaug 2008).

Artiklene vi har valgt ut har både kvantitativ og kvalitativt design. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter og gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, mens den kvalitative metoden holder fokus på deltakernes opplevelser og erfaringer med helse og sykdom (Bjørk og Solhaug 2008). I søkeprosessen hadde vi kriterier om at artiklene ikke

skulle være eldre enn 2010. Dette kriteriet valgt vi fordi vi så på det som en kvalitet å ha så ny forskning som mulig, og fordi vi hadde tenkt i forkant at dette var et emne det ble forsket mye på. Den eldste artikkelen i oppgaven er fra 2010, dette anser vi som en kvalitet for oppgaven fordi dette er et fagfelt som er i stadig endring. Vi kvalitetsvurderte tidsskriftene som artiklene var publisert i ved hjelp av databasen for statistikk om høyere utdanning (<https://dbh.nsd.uib.no/>), alle artiklene våre var merket godkjent i publiseringskanalene og er fagfellevurdert.

3.3 Etiske vurderinger

I vår oppgave så har vi vurdert alle artiklene våre kritisk med tanke på etikk. Vi har hatt fokus på at alle artiklene våre skal være etisk godkjent fra en etisk komite. Sju av de åtte artiklene våre er etisk godkjent av en etisk komite. Ved forskning av medisinsk og helsefaglige områder som omhandler menneske, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra en av de sju regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Dalland 2012).

I vurderingen av etikk i våre artikler har vi fokusert på at de skal vise tydelig at det blir tatt hensyn til deltakernes integritet og viser respekt for menneskerettighetene.

I følge helseforskningsloven (2009) § 5 skal all «medisinsk og helsefaglig forskning organiseres og utøves forsvarlig. Forskningen skal være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold».

Gjennom analyseringen av artiklene fant vi at mange av artiklene hadde etiske vurderinger, blant annet at studiens deltakere var frivillige og hadde fått god informasjon om studien. Det var skrevet under på samtykkeskjemaer fra både pasient, pårørende og helsepersonell som deltok i studien. I forhold til artiklene hadde vi et krav om at taushetsplikten skulle bli fulgt for å bevare deltakernes identitet, anonymisering ble også lagt vekt på.

3.4 Analysen av artiklene

Forsberg og Wengström (2016) sier at analysefasen innebærer et nytt steg i forskningsprosessen. Vi utførte analysen på et systematisk og klassifiserte data trinn for trinn i dette kapittelet. Denne måten å arbeide på gjorde det lettere å identifisere mønster og temaet i artiklene. Vi fulgte de fem stegene i innholdsanalysen som er beskrevet i Forsberg og Wengström (2016).

I første fase må en lese grundig gjennom artiklene som skal analyseres flere ganger for å vite hva de handler om (Forsberg og Wengström 2016). Vi valgte ut artikler som var relevant i forhold til vårt tema, og leste grundig gjennom dem flere ganger hver for oss for å bli kjent med innholdet i artiklene. Vi byttet artikler i mellom oss for så å vurdere hverandre sitt arbeid og hindre at viktig informasjon ble utelukket.

Andre fase handler om å sette seg inn i hva artikkelen handler om og bruke koder som viser til de relevante funna i artiklene (Forsberg og Wengström 2016). Vi brukte fargekoder til å tematisere og organisere materialet. Utsagn som vi fant i artiklene var blant annet nedsatt funksjonsevne, kognitiv svikt, tap av kontroll i egen kropp, alder, kjønn, kunnskap, god opplæring, livskvalitet, mestring, forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi, svekket sosial funksjon, balansesvikt, alvorlig funksjonshemming, plassering av hjerneslaget, trøtthet, lavere energinivå, depressive symptomer, bosituasjon, problemorientering, gode ferdigheter, søvnforstyrrelser, sorgreaksjon, utmattelse/sliten og emosjonell labilitet. Disse utsagnene satt vi senere inn i forskjellige kategorier som vises frem i fjerde fase.

Tredje fase handler om å sette kodene sammen til en eller flere kategorier (Forsberg og Wengström 2016). Dette ble gjort ved at vi merket ut hvilke faktorer som gikk igjen, og plasserte de under kategorier som vi følte var aktuelle i forhold til oppgaven vår. Etter grundig vurdering kunne vi se at de forskjellige faktorene vi fant i artiklene kunne settes sammen i fem kategorier som vi viser fram ved bruk av tabell i fjerde fase på neste side.

I fjerde fase skal kategoriene sammenfatte i et eller flere tema (Forsberg og Wengström 2016). Vi laget en tabell for å vise hvor vi plasserte funna fra artiklene i de fem forskjellige kategoriene som vi føler er relevant og som skal belyse problemstillingen vår.

<p>Fysisk funksjon - Balansesvikt, nedsatt funksjonsevne, søvnforstyrrelser, alvorlig funksjonshemming, utmattelse/sliten, mindre energi, dårlig gangevne og tap av kontroll i egen kropp.</p>
<p>Alder og kjønn</p>
<p>Sosiale behov - Svekket sosial funksjon, bosituasjon, forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi og familieliv.</p>
<p>Kunnskap - God opplæring, problemorientering, gode ferdigheter og undervurderingen av depresjon etter hjerneslag.</p>
<p>Psykososiale behov - Livskvalitet, mestring, depressive symptomer, miste kontrollen over de emosjonelle reaksjonene, sorgreaksjon, emosjonell labilitet, kognitiv funksjon og lav selvtillit</p>

Etter at vi hadde satt temaene under kategorier, valgte vi å lese gjennom artiklene igjen for å se at vi ikke hadde utelatt viktige funn.

4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven skal vi presentere funna som viste betydning i studiene, dette var blant annet nedsatt funksjonsevne, sosiale behov, alder og kjønn, psykososiale behov og kunnskap, disse faktorene kan være betydelige til å utvikle depresjon etter gjennomgått hjerneslag.

4.1 Fysisk funksjonsevne

Nedsatt funksjonsevne har vist seg å være en av faktorene i artiklene som spiller en rolle for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag. Chau P-C, J., et al. (2010) sier at utvikling av depresjon er assosiert med nedsatt funksjonsevne, samt bosituasjon og behov for hjelpemidler som rullestol. Depresjon viste seg å ha en sammenheng med fysisk funksjonshemming som følge av hjerneslag. Plutselig tap av funksjon og kontroll av egen kropp var faktorer som kunne bidra til å utvikle en depresjon (Chau P-C, J., et al. 2010) I følge Srivastava, A., et al. (2010) er depresjon knyttet til funksjonsnedsettelse, heriblant balanse, kognitive funksjoner, gangevne og selvstendighet. Denne studien viser at depresjon er undervurdert ved hjerneslag, og viser til at forekomsten av depresjon etter hjerneslag er ganske høy. Studien til Kouwenhoven, SE., et al.(2011) viser at tap av kontroll i egen kropp, samt det å ikke klare å utføre hverdagslige oppgaver kunne bidra til å utvikle depresjon, deltakere i studien følte også lavere energinivå og at de ble mer trøtte og utmattet enn før noe som kunne føles som at de var fanget i sin egen kropp. I et intervju forteller Erik om hvordan han opplever å være i en rehabiliteringsprosess;

“Det er ingen energi igjen, den energien vi har blir brukt opp på gjenopptreningen”.

Rozon, J. og Rochette, A. (2015) sin forskning kunne vise til at pasienter som hadde blitt rammet av den milde typen hjerneslag hadde tap av funksjonsevne som påvirket hverdagslivet deres, samt at dette påvirket prestasjonen deres av livsvanene.

Flere av studiene kom frem til de samme faktorene som kunne være betydelig for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag. Flere av deltakerne uttrykte at faktorer som funksjonsnedsettelse, alvorlig funksjonshemming og å være avhengig av å få hjelp av andre var en utfordring for dem og som kunne utvikle depresjon etter hjerneslag. En ut av deltakerne, Peter som var veldig aktiv før han ble rammet av hjerneslag fortalte om hvordan han opplevde dette (Kouwenhoven, SE., et al. 2011 s.1731):

“Alt i alt så er ikke det så mye å være glad for. Du bare blir så handikappet i alt”.

4.2. Alder og kjønn

En annen faktor som viste seg å ha en betydning for utviklingen av depresjon, var alder og kjønn, men det som var interessant her var at disse faktorene også viste seg å ikke ha betydning.

I forskningen til Visser, M.M et al. (2015) kommer det frem at kvinner som har hatt iskemisk hjerneslag har høyere depresjonsskåre. Mens i en annen forskning av Kouwenhoven, S.E., og Kirkevold, M (2013) viser frem at eldre som lever alene og yngre med forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi og familieliv er sårbare grupper for utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag. Det er også vist at gjennomsnittsalderen for utvikling av depresjon etter hjerneslag var 59 år, og av disse deltakerne så var det 56 % av deltakerne som var menn (Visser, M.M et al. 2014). Forskning av Srivastave, A et al.(2010) fant frem til at det ikke er noen sammenheng mellom alder, type og side av lesjon. I følge Rozon, J. og Rochette, A. (2015) sin studie var deltakernes gjennomsnittsalder 63 år, og 44 % av disse var kvinner og levde uten sin partner i en kvart av livet sitt, noe som kunne bidra til å utvikle depresjon på bakgrunn av tabellene, som viser at noen av kvinnene føler seg ensom og alene.

4.3 Kunnskap

Mange av artiklene kom frem til at det er nødvendig med bedre kunnskap og informasjon om depresjon og hjerneslag. Kouwenhoven, SE. et al. (2011) sin forskning viser at kunnskap om depresjon etter gjennomgått hjerneslag i den akutte fasen fremdeles er begrenset og at det er behov for mer forskning på dette fagområdet. Forskningen viser også

at dersom helsepersonell er tidlig ut med å utrede og sette i gang behandling av problemstillingen hos vedkommende, kan det bidra til å forebygge denne konsekvensen. I følge Srivastava, A. et al. (2010) er depresjon etter gjennomgått hjerneslag undervurdert. Siden forekomsten av depresjon etter hjerneslag er ganske høy, viser det at det er nødvendig med bedre kunnskap og forståelse for hvilken effekt depresjon kan ha etter et hjerneslag.

Resultater viser også at dersom helsepersonell setter opp realistiske mål og bistår til å finne nye gode mestringsstrategier og ser nye muligheter, kan dette bidra til å forebygge depresjon etter hjerneslag (Kouwenhoven, SE. et al 2011). Chau P-C, J., et al. (2010) har kommet frem til at alle som tilbyr opptrening til slagrammede bør ha kunnskap om hvilke konsekvenser som kan oppstå etter hjerneslag, og at både pasienter og pårørende fortsatt vil trenge råd, veiledning, informasjon og støtte i en slik situasjon.

Visser, M.M. et al. (2015) kom frem til at pasienter som hadde en god mestringsprosess som positiv problemorientering kunne få bedre helserelatert livskvalitet, samtidig minske symptom på depresjon. Dette viser at god opplæring og gode ferdigheter i positiv problemorientering kan være nyttig for alle hjerneslagrammede.

4.4 Sosiale faktorer

Noen av artiklene kom frem til at sosiale behov var utfordrende etter gjennomgått hjerneslag og kunne bidra til å utvikle depresjon.

Forskning av Chau P-C, J., et al. (2010) viser at gruppen som ble undersøkt seks måneder etter gjennomgått hjerneslag ikke var tilfreds med tilbudet de fikk av sosial støtte, og at dette gjør dem mer deprimerte og øker faren for utvikling av depresjon. Om deltakerne bodde hjemme hos seg selv eller på institusjon viste seg å være en betydelig faktor, de som bodde i institusjon var i mer fare for å utvikle depresjon etter gjennomgått hjerneslag.

I studien til Kouwenhoven, SE. et al. (2011) ble det funnet at faktorer som utdanningsnivå, å leve alene, sosiale vanskeligheter, svekket sosial fungering og samfunnsøkonomisk status er assosiert med utvikling av depresjon i denne situasjonen.

Kouwenhoven, SE., og Kirkevold, M. (2013) fremhever at yngre med forpliktelser til arbeid, økonomi og familieliv var assosiert til å utvikle depresjon. En kunne også se at andre faktorer kunne påvirke hverandre, for eksempel så kunne nedsatt funksjonsevne i

hverdagslige oppgaver påvirke deltakernes sosiale deltakelse på arrangement (Visser, M.M et al. 2014).

4.5 Psykososiale faktorer

Flere av artiklene fremhever psykososiale faktorer som kan bidra til å utvikle depresjon etter gjennomgått hjerneslag.

Forskning av Chau P-C, J., et al. (2010) fremhever at utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag viser seg å være assosiert med lave nivåer av selvtillit, og å være tilfreds med seg selv. Noen av deltakerne følte at de mistet kontrollen over det emosjonelle når de ble rammet av hjerneslag og dette viste seg å være assosiert med utvikling av depresjon (Kouwenhoven, SE. et al. 2011). I følge Srivastava, A. et al. (2010) har dårlig kognitiv funksjon vist assosiasjoner med utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag hos noen av deltakerne. Det blir også fremhevet at søvnforstyrrelser, depressive symptomer, språkvansker og nedsatt kognitiv funksjon kan være faktorer som kan bidra til å utvikle depresjon (Kouwenhoven, SE. et al. 2011). Depressive symptomer viste seg å være vanskelig å skille fra konsekvenser av hjerneslaget fordi de var så vevd sammen. Det viste assosiasjoner med det som ble tapt av funksjoner, og at depressive symptomer kunne være en sorgreaksjon (Kouwenhoven, SE. et al. 2013). Etter en mild type hjerneslag viser store antall resultat at depressive symptomer kan påvirke prestasjonen av livsvaner negativt. Det viser at det er nødvendig med vurdering av livsvaner og at en screening av depressive symptomer bør utføres før utskriving fra sykehuset (Rozon og Rochette 2015).

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet blir metodediskusjonen belyst først. Vi vil diskutere styrke og svakheter i forhold til vår fremgangsmåte for valg av metode. Deretter diskuterer vi fysisk funksjon, alder og kjønn, kunnskap, sosiale faktorer og psykososiale faktorer opp mot forskning og teoribakgrunn. Konsekvenser for sykepleie vil belyses, og diskusjonen vil avslutningsvis kunne ut i en kort konklusjon med innhold av hovedfunn, konsekvenser for praksis og våre anbefalinger for videre forskning av temaet.

5.1 Metodediskusjon

I forhold til oppgaven vår har vi hatt flere veiledninger underveis i skriveprosessen, dette har vært til stor nytte for oppgaven, spesielt de individuelle veiledningene har vi hatt god nytte av. Vi har selv sett progresjon gjennom prosessen og vi har tilegnet oss mye nyervervet kunnskap som vi ønsker å bygge videre på og å bruke i praksis.

Vi mener at vårt samarbeid er en god kvalitet i oppgaven vår, samt at vi kjente til hverandres studieteknikk og arbeidsmetode. Boken av Forsberg og Wengström (2013 og 2016) er mye brukt som støttelitteratur i oppgaven vår, samt boken av Bjørk og Solhaug (2008).

Vi startet tidlig å søke etter relevante forskningsartikler som kunne passe til vår problemstilling, vi utførte dette sammen noe som vi så på som en styrke i oppgaven vår. Vi valgte å bruke forskningsartikler publisert etter år 2010, dette ser vi på som en god kvalitet fordi vi har belyst ny forskning. Gjennom skriveprosessen har vi ikke gjort et nytt litteratursøk, derfor har vi ikke med resultater fra forskning som eventuelt er publisert i dette tidsrommet.

5.2 Fysisk funksjon

Chau P-C, J., et al. (2010) sier at utvikling av depresjon er assosiert med nedsatt funksjonsevne, samt bosituasjon og behov for hjelpemidler som rullestol. Pasienter som har fått hjerneslag blir etter vår erfaring og kunnskap lagt inn på en slagenhet. Senere blir de overført til kommunehelsetjenesten, noen kan bo hjemme og noen må ha et korttidsopphold på en rehabiliteringsinstitusjon.

Forebygging av depresjon kan derfor gjøres gjennom å tidlig kartlegge hvilke behov pasienten har for hjelpemidler og hjelp fra andre yrkesgrupper. Som sykepleiere kan vi tidlig koble inn ergoterapeut dersom pasienten har et behov for hjelpemidler. Fysioterapeut kan kontaktes om pasienten har utfordringer knyttet til bevegelse eller psykisk helseteam dersom det er behov for det.

I denne oppgaven har vi konsentrert oss om rehabiliteringsfasens første 18 måneder. Samhandlingsreformen har gitt kommunene nye utfordringer og kommunene må tilby andre funksjoner enn de tidligere har gjort. Det er viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov at helsetjenesten blir oppfattet som sammensatt og har kontinuitet og ikke fragmentert. Individuell plan kan være et godt tiltak for pasienter som har fått en depresjon etter gjennomgått hjerneslag. En individuell plan kan sikre samhandling og pasient og brukerforankring (Romsland et al. 2015).

For å kunne gi helhetlig omsorg for pasienten må vi som sykepleier kartlegge hvilke behov pasienten har. Dette kan gjøres gjennom å gjøre et besøk hos pasienten når han eller hun er kommet hjem. På denne måten kan vi finne ut om pasienter har behov for hjelpemidler.

I forskningsbasert slagenhetsbehandling er tidlig mobilisering og trening sentrale faktorer som sykepleier og andre profesjoner må fokusere på. Tidlig mobilisering er viktig for å forebygge komplikasjoner som trykksår, pneunomi, lungeemboli, dyp venetrombose og kontrakturer. Treningen bør være oppgaverelatert, dette innebærer at den bør dreie seg om forflytning, personlig stell og spising. Oppgaverelatert trening er viktig for å raskest mulig kunne gjenvinne tapte funksjoner og unngå komplikasjoner. Relevante målemetoder brukes for å kartlegge funksjonsnivå og aktivitetsnivå, på denne metoden kan treningen individuelt tilpasses, det bør også settes mål for treningen sammen med pasienten og pårørende (Helsedirektoratet 2010).

Nedsatt funksjon kan i mange tilfeller føre til inaktivitet og kan dermed være et stort problem for pasienter som er i en rehabiliteringsprosess. Som sykepleier så har en et særlig

ansvar for å forebygge de komplikasjoner som kan oppstå som følge av immobilitet etter sykdom eller skade. Komplikasjoner kan gjøre at pasienten mister muligheter for å kunne delta i arbeidslivet eller ha et aktivt liv (Romsland et al. 2015). Dersom sykepleier avdekker funksjonssvikt tidlig kan en igangsette rehabiliteringstiltak umiddelbart i kommunehelsetjenesten. Dette kan bedre den enkeltes funksjon og mestring, redusere eller utsette sykemelding og redusere behov for pleie og omsorgstjenester, institusjonsplasser eller spesialisthelsetjeneste (St.meld nr 47, 2008-2009).

5.3 Alder og kjønn

Forskningen vi har gjort viser ulike funn i forhold til alder og kjønn. Sykepleieren behøver kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for utvikling av depresjon etter hjerneslag. I en forskningsartikkel skrevet av Løyland et. al (2016) står det at en høyere andel menn rapporterte om god helse fremfor kvinner. Depresjon er å regne som en del av helsen. I samme undersøkelse viste det signifikante forskjeller mellom innleggelser ved siste hjerneslag. Kvinner ble innlagt sjeldnere enn menn, det kan være viktig for sykepleier å vite om disse forskjellene for å kunne forebygge en depresjon og også kunne vite om hvilke grupper av pasienter som har større sjanse for å utvikle en depresjon enn andre (Løyland et. al 2016).

Forskningen viser ulike resultat, men dersom det er slik at kvinner opplever funksjonssvikt annerledes enn menn, må vi som sykepleiere ha kunnskap om dette og gjøre tiltak knyttet til dette. Dette kan være å gi nødvendig informasjon og kunnskap, skaffe til veie hjelpemidler og innhente informasjon om hvilken opplevelse pasienten har av egen situasjon.

5.4 Kunnskap

Kouwenhoven, SE. et al. (2011) fremhever at kunnskap om depresjon etter gjennomgått hjerneslag i den akutte fasen fremdeles er begrenset, og at det er behov for mer forskning på dette fagområdet. Mennesker som har blitt rammet av hjerneslag har etter våre erfaringer og observasjoner utviklet depresjon tidlig i sykdomsforløpet. Som sykepleier er det viktig at man er i en kontinuerlig utviklingsprosess med tanke på nyere forskning og faglig kunnskap. For å få mer kunnskap og forskning på dette fagområdet må sykepleier og annet helsepersonell være kreative og engasjerte i samspill med andre yrkesgrupper (Langeland 2012). I dette samspillet så er det viktig at sykepleier inkluderer pasienten i egen livssituasjon, slik at han får god informasjon om sykdommen, behandlingen, pleie og eventuelle konsekvenser som kan oppstå i sykdomsforløpet (Nortvedt 2012).

Som sykepleier må en ta ansvar for å innhente nyere kunnskap og forskning gjennom å lese i oppdatert faglitteratur, delta i prosjektarbeid, delta i refleksjonsgrupper og nytte tverrfaglig samarbeid for å hjelpe pasienten på best mulig måte og se det helhetlige bildet av pasienten (Langeland 2012). God opplæring, informasjon og gode ferdigheter i positiv problemorientering viser seg å være nyttig til å forebygge depresjon etter gjennomgått hjerneslag (Visser, M.M. et al. 2015).

For at pasienten skal kunne føle seg helhetlig ivaretatt, kan det være aktuelt å delta i terapigrupper. I en slik gruppe møtes mennesker som er i eller har opplevd en eller annen form for krise. Målet med denne gruppen er at de skal lære å mestre en ny livssituasjon, samt forebygge følelsesmessige forstyrrelser. Å møte andre som har liknende utfordringer kan bidra til at de får styrken til og kunne tilpasse seg den nye livssituasjonen. Som sykepleier er det da viktig å kjenne til kommunehelsetjenestens tilbud og de gruppene som legger vekt på helsefremmende og forebyggende tiltak (Hummelvoll 2012). Dersom sykepleier ikke har nok kompetanse på fagområdet, så er det viktig at man finner noen som er god på dette fagområdet for at pasienten skal kunne føle trygghet. Pasienter som er blitt rammet av hjerneslag kan oppleve utrygghet når det er mangel på kontinuitet og stabilitet i behandlingsforløpet (Stubberud 2013).

Sykepleier og annet helsepersonell har plikt til å gi god informasjon om pasientens helsetilstand, behandling og hvilke konsekvenser som kan oppstå i sykdomsforløpet, samt gi veiledning og sørge for å ivareta pasientens rett til å medvirke (Pasientrettighetsloven

1999). Dette kan bidra til at pasienten får bedre forståelse og tid til å forberede seg på at en depresjon og andre konsekvenser kan utvikle seg i sykdomsforløpet.

5.5 Sosiale faktorer

Faktorer som utdanningsnivå, å leve alene, sosiale vanskeligheter, svekket sosial fungering og samfunnsøkonomisk status kan assosieres med utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag (Kouwenhoven, SE. et al. 2011). For å forebygge depresjon kan sykepleier legge til rette for at pasienten får tilgang til økt sosial kontakt, og når pasienten kommer hjem så kan hjemmetjenesten bistå med at man kommer seg mer ut blant andre. Dette kan gjøres ved å motivere, bestille transport eller ordne med følge. Som sykepleier så er det viktig at man informerer om forskjellige muligheter for sosial kontakt som eldresenter, dagsenter eller besøkstjeneste fra en frivillig organisasjon (Fjørtoft 2012). Dette kan bidra til at en ikke føler seg alene og får en bedre sosial fungering i hverdagen. Det er også viktig at sykepleier har kjennskap til at det frivillige hjelpeapparatet kan bidra til at menneske får økt sosial kontakt (Fjørtoft 2012). Dette kan være tiltak som kan forebygge at nedsatt funksjonsevne i hverdagslige oppgaver ikke påvirker deltakernes sosiale deltakelse på arrangement (Visser, M.M et al. 2014).

Yngre mennesker som var bundet til forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi og familieliv kunne utvikle depresjon etter gjennomgått hjerneslag (Kouwenhoven, SE., og Kirkevold, M. 2013). Som sykepleier er det viktig å tilrettelegge for at pasienten får fortsette i arbeid med tanke på at det kan forebygge depresjon, det sikrer inntekt og bidrar til økonomisk selvstendighet. Trygge rammer rundt arbeidsarenaen kan bidra til at menneske kan oppleve mestring og kompetanse, samt at det sikrer sosial kontakt og kan bidra til å forebygge konsekvenser som sosial isolasjon.

Arbeid kan motvirke depresjon ved å sikre inntekt og økonomisk selvstendighet, og ved å strukturere hverdagen. Dessuten kan en god arbeidsarena gi personen opplevelse av mestring og kompetanse, og det kan sikre sosial kontakt med andre. Dersom pasienten ikke får tilrettelagt etter sine funksjonsbehov, kan dette føre til unødvendig stress og bidra til å utvikle eller opprettholde depresjon (Helsedirektoratet 2009).

Mennesker som er rammet av hjerneslag kan få konsekvenser som langvarig funksjonssvikt, de kan ha behov for at hjemmet deres blir tilrettelagt etter hvilke funksjoner som er blitt rammet av hjerneslaget. Kartlegging av bolig og bosituasjon må

derfor vurderes av profesjonelle aktører fra spesialisthelsetjenesten som ergoterapeut, ambulant team, NAV hjelpemiddelsentral, rehabiliteringstjenestene i kommunen og andre aktører (Helsedirektoratet 2010).

5.5 Psykososiale faktorer

Psykososiale faktorer som har vist seg å være assosiert med utvikling av depresjon etter gjennomgått hjerneslag er blant annet lav selvtillit og å føle seg tilfreds med seg selv (Chau P-C, J., et al. 2010). Depresjon må vurderes nøye i løpet av første måneden etter hjerneslag, det er viktig at sykepleier kjenner til at man kan bruke både ikke-medikamentell og medikamentell behandling mot depresjon. Forebygging av depresjon kan oppnås ved forskjellige tiltak som bruk av ikke-medikamentell behandling, dette kan være informasjon til pasient og pårørende ved et lærings- og mestringssenter eller i en slagenhet. Det er også viktig at sykepleier og andre profesjoner oppfordrer til fysisk aktivitet og trening, samt bygge opp et trygt og godt miljø rundt pasienten i rehabiliteringsfasen med tanke på at det kan gi god psykisk helse (Helsedirektoratet 2010). Å miste kontroll over de emosjonelle følelsene sine kunne føles som et tap, og kunne bidra til utvikling av depresjon (Kouwenhoven, SE. et al 2012). Nedsatt kognitiv funksjon kan utvikle depresjon etter gjennomgått hjerneslag (Srivastava, A. et al. 2010). For å forebygge depresjon er det viktig med god kartlegging, samt forsøke å redusere medvirkende faktorer, som for eksempel sosial isolasjon, smerter, depressive symptomer og nedsatt kognitiv funksjon (Helsedirektoratet 2010). Joyce Travelbee (2001) sier at sykdom fører i varierende grad til tristhet og depresjon. Tap av selvaktelse, status, prestisje, kroppsdel eller kroppsfunksjoner kan føre til depresjon. Man kan si at personen gjennomgår en sorgprosess etter tapet av for eksempel kroppsfunksjoner. Det kan skape sterke følelser av verdiløshet å være avhengig av andre for å kunne klare seg.

Romsland et al. (2015) trekker frem et behov for å mestre som ett av seks behov som må ivaretas for at personen skal kunne oppleve omsorg, og nå målene med rehabilitering. Sykepleier kan bidra til å mestre utfordringer og endringer over mange plan i en persons liv. Her kan det trekkes frem punkt flere punkt som eksempel. Arbeid med å støtte opp mot å orientere seg i livet etter alvorlig sykdom eller skade, tilrettelegge for endrings- og læringsprosesser og gi støtte til personens håp er viktige eksempel. Motivasjonsarbeid er en av de viktigste oppgavene til en sykepleier (Romsland et al.2015).

Sykepleier og andre yrkesgrupper må kunne bidra til god samhandling med pasient og pårørende, samt god samordning. For å behandle en depresjon må de arbeide med kontinuitet og sørge for å ha en sammenheng i videre forløp med tanke på rehabilitering og behandling. I relasjon med pasient og pårørende må en bidra til å skape forståelse av problem som en har, og hvilke behandlingsbehov og behandlingsstrategier som må settes i verk for å forebygge depresjon. For at pasienten skal ha en mulighet til å kunne komme i arbeid, utdanning og ha et sosialt liv, er det viktig at rehabiliteringsperspektivet vektlegges sterkt (Helsedirektoratet 2009). For at pasienten skal kunne ha et best mulig rehabiliteringspotensial viser det seg at det er nødvendig med vurdering av livsvaner, og at en screening av depressive symptomer bør utføres før utskriving fra sykehuset (Rozon og Rochette 2015).

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om at tanker om selvmord ofte kan oppstå hos pasienter med depresjon, og at forløp og depresjon kan ha en stor virkning på utfall av akutt og kronisk somatisk sykdom. Dette kan føre til at behandling- og rehabiliteringsforløp blir redusert og kan øke somatisk sykkelighet, funksjonstap og dødelighet (Helsedirektoratet 2009).

Søvnforstyrrelser er en faktor som kan utvikle depresjon etter gjennomgått hjerneslag (Kouwenhoven, SE. et al. 2011). Tiltak som kan bidra til å forebygge dette er blant annet informasjon om god søvnhygiene hvor det blir forklart hvordan søvnen kan bli bedre. Forskjellige avspenningsteknikker kan brukes, samt kognitiv trening rettet mot kartlegging og endring av tanker om søvn og søvntap (Helsedirektoratet 2009).

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi å se nærmere på hvilke faktorer som har betydning for utvikling av depresjon etter hjerneslag. Depresjon etter hjerneslag kan være knyttet til funksjonssvikten som er en konsekvens av hjerneslaget. For å forebygge dette så kan tidlig rehabiliteringsforløp og god informasjon om hvilke konsekvenser som kan oppstå i en slik situasjon være viktige tiltak. God informasjon om disse konsekvensene kan også bidra til at pasienten føler at det er normalt at de oppstår, og ikke føler nederlag om disse utfallene oppstår. Sykepleier kan sette opp en oversikt over hvilke konsekvenser som kan oppstå ved utfall i venstre og høyre side, det kan kanskje bidra til at pasienten føler mer selvkontroll over egen sykdom og bedre innsikt i helsetilstanden. Sykepleier eller annet helsepersonell kan sette opp et treningsprogram med felles mål over hva en skal øve på de forskjellige dagene, slik at pasienten har en oversikt over hva planen videre er. Dette kan kanskje bidra til å virke oppmuntrende og motiverende for videre opptrening.

Utviklingen av depresjon kan også ha sammenheng med informasjon og kunnskap, som sykepleier vil det derfor være viktig at man holder seg faglig oppdatert ved å delta i refleksjonsgrupper, kurs om temaet og samtidig gi god informasjon til pasient og pårørende slik at de kan bidra til å forebygge en eventuell depresjon selv. Sykepleiere og andre yrkesgrupper som ergoterapeut, fysioterapeut og logoped bør dele erfaringer og refleksjoner om hvordan behandlingen til pasienten bør foregå, samt at pasienten får bidra til å medvirke i egen behandling og opptrening. Det er viktig at de har et tverrfaglig samarbeid for å sikre at de arbeider mot samme mål for å kunne oppnå best mulig rehabilitering av pasientens funksjoner. God informasjon og kunnskap kan bidra til at man får bedre innsikt i hvordan depresjon kan utvikle seg etter gjennomgått hjerneslag og hva vi kan sette i verk av tiltak for å forebygge dette. Et eksempel på dette kan være at man som sykepleier har samtale med pasienten med jevne mellomrom for å høre hvordan pasienten har det i ettertid av hjerneslaget og på denne måten kan fange opp mulige symptomer på depresjon.

Alder og kjønn viser at de kan ha sammenheng med utvikling av depresjon etter hjerneslag i noen artikler, mens andre viser til at de ikke har sammenheng. Det som vil være viktig for sykepleier med tanke på disse faktorene er at det er mulig at de kan påvirke til å utvikle depresjon, sykepleier bør derfor ha kunnskap om dette. Dette viser at det er nødvendig at

sykepleier holder seg faglig oppdatert ved å innhente nyere forskning og litteratur jevnlig i sitt yrke.

Utvikling av depresjon kan også ha sammenheng med sosiale og psykososiale faktorer.

Det er viktig å legge til rette for at personer som har hatt hjerneslag får fortsette å arbeide, dette kan forebygge en eventuell depresjon. Vi tenker at dersom det legges til rette for at personen kan fortsette på arbeidsplassen, er dette en arena både for sosial kontakt, mestring og kompetanse. Det er viktig å vurdere depresjon nøye den første tiden etter gjennomgått hjerneslag, vi tenker at en som sykepleier bør kjenne til både medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlinger mot depresjon. Å oppfordre til fysisk aktivitet og skape et trygt miljø rundt pasienten mener vi er viktig fordi dette kan gi en positiv effekt på den psykiske helsen.

Etter grundig arbeid med oppgaven vår kan vi se at det er nødvendig med mer forskning på depresjon etter gjennomgått hjerneslag, dette på grunnlag av at depresjon viser seg å være en undervurdert konsekvens ved hjerneslag. Det kan tenkes at pasienten dermed kan føle seg mindre verdsatt og ivaretatt helhetlig i sin situasjon. Som sykepleier er en pliktig til å holde seg faglig oppdatert. Dette fagområdet er i stadig endring og blir forsket mer på nå enn tidligere. Faglig oppdatering vil være et viktig ledd for å kunne gi helhetlig sykepleie og for at pasientene skal kunne føle seg ivaretatt.

7.0 Litteraturliste:

- Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. (s. 313-336). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008); *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. 1.utg. Oslo: Akribe
- Chau P-C, J., et al. (2010). *Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital*. Vol 19. (s.3042-3050). Publisert i: Journal of Clinical Nursing.
- Database for statistikk om høgre utdanning. [online]. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Lastet ned: 01.05.2016).
- Fjørtoft, AK. (2012). 2 utg. *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & kultur akademisk.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & kultur akademisk.
- Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. [online]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf> (Lastet ned: 07.04.2016).
- Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. [online] Retningslinjen er under revisjon og er forventet ferdig i løpet av 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag> (Lastet ned: 25.04.16)

- Helseforskningsloven (2009) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. [online].
Lovdata. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Helseforskningsloven>
(Lastet ned: 07.04.2016).
- Hummelvoll, J. K. (2012). 7 utg. *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Håkonsen, K. M. (2009) *Innføring i psykologi*. Gyldendal akademisk. Oslo
- Indredavik, B., Fjærtøft, H., Ellekjær, H., Skogseth-Stephani, R., Varndal, T. og Mørch, B. I: Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. *Årsrapport 2014, norsk hjerneslagregister*. Tilgjengelig fra:
<https://www.kvalitetsregistre.no/registers/353/resultater> (Lastet ned: 09.05.16).
- Kirkevold, M. (2008). Hjerneslag. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s.406-417), 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kouwenhoven, SE, et al. (2011). *Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke*. Vol. 68 (s.1726-1737). Publisert i: *Journal of Advanced Nursing*.
- Kouwenhoven, S.E., og Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. I: *Sykepleien forskning*. nr 4, Vol. 8 (s.334-342). doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0134
- Kouwenhoven, SE., Kirkevold, M., Engedal, K. og Kim, HS. (2011). *Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review*. Vol. 33. (s. 539-556). Publisert i: Informa Healthcare.
- Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I: Gammersvik, Å. og Larsen, T. (Red.). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. (s.195-216). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Løyland, B., Todal L., og Andenæs, R. (2016). *Kvinner og menns vurdering av helse og funksjonsevne i HUNT 3 etter hjerneslag*. nr 1. Vol. 11: (s.36-44) I: Sykepleien Forskning. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56822
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke- En innføring i sykepleiens etikk*. 1.utg. Oslo: Gyldendals Akademiske forlag.
- Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Nr. 63[online]
Lovdata.Tilgjengelig fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-070263#KAPITTEL_3 (Lastet ned 09.05.16).
- Romsland, G. I., Dahl, B. og Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rozon, J. og Rochette, A. (2015). *Changes in life habits affected by mild stroke and their association with depressive symptoms*. Vol. 47. (s.495-501). Publisert i: Journal of Rehabilitation Medicine.
- Sagen, U., Lerdal, A og Dammen, T. (2007). Depresjon og tretthet/utmattelse hos pasienter med hjerneslag. I: Hem, E., Valgum, P og Nerdrum. (red.). *Pasienten og sykdommen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [Online] Lastet ned 09.05.16.
Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Srivastava, A., Taly, AB., Gupta, A. og Murali, T. (2010). *Post-stroke depression: Prevalance and relationship with disability in chronic stroke survivors*. Vol. 13. (s.123-127). Publisert i: Center for physical Medicine & Rehabilitation.
- Stubberud, Dag-Gunnar. (2013). (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Travelbee, Joyce. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Visser, M.M, et al. (2015). *Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation*. s. 1492-1498. Publisert i: *Physical Medicine and Rehabilitation*.
- Visser, M.M, et al. (2014). *The relative effect of coping strategy and depression on health related quality of life in patients in the chronic phase after stroke*. Nr: 46. (s.514-519). Publisert i: *Journal of Rehabilitation Medicine*
- Wergeland, A., Ryen, S. og Ødegaard-Olsen, TG. (2010) *Sykepleie ved hjerneslag*. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie Bind 2*. (s.261-283). 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation.

Vedlegg 2: The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke.

Vedlegg 3: Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke.

Vedlegg 4: Å leve med depresjon etter hjerneslag

Vedlegg 5: Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital.

Vedlegg 6: Post-stroke depression: Prevalence and relationship with disability in chronic stroke survivors.

Vedlegg 7: Changes in life habits affected by mild stroke and their association with depressive symptoms.

Vedlegg 8: Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors, a systematic literature review.

Vedlegg 9: Søkehistorikk.

Litteratormatrise 1. Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation</p> <p>Marieke M. Visser, Majanka H. Heijenbrok-Kal, Adriaan van't Spijker, Kristine M. Oostra, Jan J. Busschbach, Gerard M. Ribbers, MD,</p> <p>Publisert i Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2015 Side 1492-8</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke om pasienter med høy og lav depresjonsskår etter hjerneslag kunne bruke ulike mestringsstrategier og ferdigheter for problemløsning. Det ble også undersøkt om disse variablene er relatert til psykososial helsereelatert livskvalitet uavhengig av depresjon.</p>	<p>Nøkkelbegrep som er brukt i denne artikkelen er "Coping skills, Depression, Quality of life, Rehabilitation of Stroke".</p>	<p>Dette er et tverrsnittstudie av referansemålere av en randomisert kontrollert studie. Det ble brukt spørreskjema som besto av fem spørsmål. Pasienter ble undersøkt mellom mars 2011 og august 2013 på Rjindam Rehabilitation Center i Nederland og Universitetssykehuset i Gent i Belgia.</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u> Diagnostisert med hjerneslag og subarahnoidblødning. Alder 18-75 år, være i stand til å delta i gruppeterapi og motta klinisk rehabilitering.</p> <p><u>Eksklusjonskriterier:</u> De som hadde progressive nevrologiske lidelser, forventet levealder var 1 år, mangelfull forståelse for nederlandsk språk, subduralt hematome eller moderat eller severe afasi. Pasienter ble også ekskludert dersom de hadde en overdreven drikking eller narkotikamisbruk.</p> <p>Studien var godkjent av medisinsk etikk komité Erasmus University Medical Center og etikkomiteen av Gent universitetssykehus. Informert samtykke ble hentet inn fra alle deltakerne.</p>	<p>Av 294 kvalifiserte pasienter deltok 166 stykker. Grunner til at pasienter ikke deltok var mangel på tid, logistikk-problemer eller mangel på interesse. Pasienter med høy depresjonsskår var yngre kvinner, som levde uten partner og hadde hatt iskemisk hjerneslag. Pasienter som hadde høy depresjonsskår hadde også lavere verdier til alle helsereelaterte livskvaliteter, men det viser også at depresjon hadde sterkest sammenheng med helsereelatert livskvalitet.</p> <p>Pasienter som hadde høy og lav depresjonsskår som var dyktige med en mestringsprosess som positiv problemorientering kunne få en bedre helsereelatert livskvalitet, samtidig minske symptomer på depresjon. Det viser dermed at god opplæring og gode ferdigheter i positiv problemorientering kan være nyttig for alle hjerneslagrammede.</p>	<p>Denne artikkelen har relevans for vår bacheloroppgave på bakgrunn av resultat og funn som viser at god opplæring i positiv problemorientering kan gi bedre helsereelatert livskvalitet og dermed minske symptomer på depresjon, noe som også kan hindre at depresjon blir utviklet.</p>

Litteratormatrise 2. The relative effect og coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke.

Refeanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Marieke M. Visser, Laurien Aben, Majanka H. Heijenbrok-Kal, Jan J.V. Busschbach, Gerard M. Ribbers, "The relative effect and coping strategy on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke". Publisert i Journal of Rehabilitation Medicine 2014; 46: 514–519</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke relative mestringsstrategier og depresjon på helserelatert livskvalitet hos pasienter i kronisk fase etter hjerneslag.</p>	<p>Nøkkelbegrep som er brukt i artikkelen er "Stroke, rehabilitation, coping, depression og quality of life".</p>	<p>Pasienter i en kronisk fase etter hjerneslag, minst 18 måneder etter utbruddet ble invitert til å delta i studien. Gjennomsnittsalderen på personene som ble undersøkt var 59 år. 56 % av deltakerene var menn.</p> <p>Inklusjonskriterier: Personene hadde sitt første og eneste slag, minimum 18 måneder etter hjerneslaget, en alder mellom 18 og 80 år. Personene måtte leve selvstendig.</p> <p>Eksklusjonskriterier: progressive nevrologiske lidelser som demens eller multippel sklerose, mangelfull forståelse av det nederlandske språket, alkohol eller stoffmisbruk. Subaraknoidale blødninger eller subdurale blødninger.</p> <p>Deltakerne ble vurdert hjemme av en utdannet forskningspsykolog. Det ble brukt spørreskjema i undersøkelsen. Det ble også brukt token-test.</p> <p>Studien er godkjent av medisinsk etikkomite og Erasmus Medical Center.</p>	<p>Totalt 1121 pasienter ble kontaktet for å delta i denne studien. 220 undertegnet et informert samtykkeskjema. Årsakene for ikke deltakelse i studien var negativ tilbakemelding, ingen tilbakemelding eller at personene ikke tilfredstilte inklusjonskriteriene (8 personer). 7 personer ble også ekskludert etter baselinemåling fordi de ikke kunne forstå skjemaet. Derfor ble det til slutt 213 analyserte personer.</p> <p>Mestringsstrategier og depresjon var uavhengig assosiert med psykisk helse hos pasienter i kronisk fase etter hjerneslag. Pasienter som foretrekker en tilpasset mestringsstrategi kan vise mindre symptomer på depresjon. Foretrukne mestringsstrategier kan trenes for å forbedre både depresjonsskåre og helserelatert livskvalitet i fremtidig forskning.</p> <p>Denne studien tyder på at mestringsstrategi bidrar uavhengig til psykisk helse etter hjerneslag.</p>	<p>Denne artikkelen har relevans for bacheloroppgaven med tanke på at studien viser at depresjon er en viktig faktor som kan påvirke den helserelaterte livskvaliteten etter hjerneslag og er en faktor som bør bli fulgt opp av helsepersonell for å hindre at rehabiliteringsprosessen blir ineffektiv og forlenget. Artikkelen har relevans for oppgaven fordi den omtaler hvilke faktorer som kan utvikle depresjon, og hvordan mestringsstrategier kan være nyttig i en depresjon.</p>

Litteratormatrise 3: Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke.

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Kouwenhoven, SE., Kirkevold, M., Engedal, K. og Kim, H.S. (2011). «Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke». Vol. 68 (s.1726-1737).</p> <p>Publisert i Journal of Advanced Nursing.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få en oversikt over hvordan pasienter opplever å få depresjon etter hjerneslag. Det vises at depresjon forekommer hos minst en fjerdedel pasienter som er rammet av hjerneslag.</p>	<p>Nøkkelbegrep som er brukt i artikkelen er «acute stroke, adult nursing, bereavement, depression og stroke».</p> <p>Søkeord som vi brukte var stroke, depression og experience.</p>	<p>Studien er kvalitativ og er bygget opp på en hermeneutisk fenomenologisk metode. Det er blitt brukt individuelle dybdeintervjuer (fra 45-90 min) som metode for datainnsamling som ble utført i 2008 hvor 9 deltakere fra hjerneslag og rehabiliteringsenheter i Norge var med. I tillegg til dybdeintervju ble spørreskjema og dataanalyse brukt i studien.</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u> For å delta i studien måtte det være voksne og førstegangs opplevelse med hjerneslag, i kognitiv stand til å delta i intervjuer og dyktig i norsk.</p> <p><u>Eksklusjonskriterier:</u> Pasienter i terminal fase, mottatt medisinsk antidepressiv behandling før hjerneslag eller behandling for bipolar lidelse ved utbruddet av hjerneslag.</p> <p><u>Etiske vurderinger:</u> Deltakerne kunne trekke seg når de ville, konfidensialitet ville bli opprettholdt og prosjektet ville ikke påvirke deres behandling. Etisk godkjenning ble innhentet fra Sør-Norges regionale komite for medisinsk forskningsetikk.</p> <p>Det ble brukt et 21-element spørreskjema for å måle depressive symptom hos slagpasienter, dette var hovedinstrumentet for rekruttering av slagpasienter. Det ble også brukt dataanalyse for å vise hvilke depressive symptom hver enkelt deltaker opplever.</p>	<p>Resultatet viser ut ifra deltakernes beskrivelse at erfaringene vises mer som en naturlig reaksjon på tap. Følelsen av å miste kroppen sin og at de var låst ble uttrykt i mange av intervjuene, men kan ikke konkluderes om det er sorg eller depresjon eller om det er begge deler. Tap av emosjonell kontroll var også en faktor, å være til bry for helsepersonell og ikke klare seg selv viste seg å være betydelige faktorer. Trøtthet, lavere energinivå og utmattelse var også faktorer som virket inn, samt depressive symptomer.</p> <p>Studien viser at det er behov for å forske mer på depressive symptomer etter hjerneslag, dette med tanke på hvordan depressive symptom utvikler seg over tid. Funn viser også at sykepleiere kan bistå med å sette mål og finne nye mestringsstrategier og se nye muligheter og bidra til å forebygge depresjon etter slag.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår bacheloroppgave med tanke på at resultat og funn viser at erfaringene er mer som en naturlig reaksjon på tap og at det ikke kan konkluderes om disse symptomene er depresjon, sorg eller begge deler, samt flere faktorer som kan utvikle depresjon.</p> <p>Funna derimot viser at depressive symptom har innvirkning på livet. Det viser også at sykepleiere kan bistå med å forebygge depresjon etter slag. Artikkelen har også relevans siden det vises at depresjon forekommer hos minst en fjerdedel av de pasientene som er rammet av hjerneslag.</p>

Litteratormatrise 4. Å leve med depresjon etter hjerneslag

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Kouwenhoven, S.E., og Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. I: Sykepleien forskning. nr 4, Vol. 8 s.334-342.</p>	<p>Hensikten med studien er å presentere en samlet beskrivelse av forekomsten av depresjon etter hjerneslag fra akutfasen til 18 måneder etter hjerneslaget.</p>	<p>Nøkkelbegrep som er brukt i artikkelen er "Kvalitativ studie, Longitudinell studie, Hjerneslag, Depresjon, Rehabilitering, Sorg".</p> <p>Søkeord som vi brukte var Hjerneslag og depresjon.</p>	<p>Studien er en kvalitativ studie. Studien har brukt dybdeintervjuer, og har intervjuet ni deprimerte slagrammede pasienter. Intervjuene er analysert i et hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv.</p>	<p>Det er vanskelig å skille depressive symptomer og konsekvenser etter slaget fordi de er vevd sammen. Erfaringene med å leve med og håndtere tap var essensiell. Depresjonssymptomene ble forstått og beskrevet med et utgangspunkt i det som var tapt etter slag.</p> <p>Depressive symptomer etter slag kan være en sorgreaksjon. Det som kan påvirke hvordan depresjonen utvikler seg over tid er livssituasjon, grad av nedsatt funksjon og samt sosial kontekst.</p> <p>Det pekte seg ut to sårbare grupper: Eldre som lever alene og yngre med forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi og familieliv.</p>	<p>Denne artikkelen har relevans for oppgaven fordi den omtaler depressive symptomer og forekomsten av depresjon fra akutfasen etter hjerneslag til 18 mnd etter slaget har inntruffet.</p>

Litteratormatrise 5: Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital.

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Chau P-C, J., m.fl. (2010). «Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital». Vol 19. (s.3042-3050).</p> <p>Publisert i Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke forekomsten av depresjon etter hjerneslag hos kinesiske pasienter seks måneder etter utskrivning fra et rehabiliteringssykehus. Et annet mål var å avgjøre om depresjon etter seks måneder var assosiert med psykiske, sosiale og fysiske utfall, samt demografiske variabler.</p>	<p>Nøkkelbegrep som ble brukt i denne artikkelen var «depression, nurses, nursing older people, stroke og stroke rehabilitation».</p> <p>Søkeord som vi brukte var «stroke, depression, rehabilitation og experience».</p>	<p>Det er en kvantitativ studie som vises gjennom at det er brukt tverrsnittundersøkelse og tabeller til å vise resultat og funn. 210 deltakere var med i undersøkelsen. Det ble brukt forskjellige teknologiske verktøy til å måle depresjon, selvtillit, tilfredshet med sosial støtte og deltakernes funksjonsevne. Datainnsamling ble utført seks måneder etter utskrivning i enten hjem eller bolig omsorg anlegg.</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u> Deltakere som ble inkludert i studien var de med førstegangs hjerneslag, samt de med historie med tidligere hjerneslag. De måtte ha en score på 18 av 30 mulige MMSE-eksamen, bosatt i Hong Kong og kunne kommunisere og være i stand til å forstå forskernes språk.</p> <p><u>Eksklusjonskriterier:</u></p> <p><u>Etiske vurderinger:</u> Alle deltakere kunne trekke seg fra studien når de ville, studien ble godkjent av etikkomiteen av det kinesiske universitetet i Hong Kong og sykehusets lokale etikkomiteer. Alle deltakere ble intervjuet av forsknings sykepleiere.</p>	<p>Resultatene viste at utvikling av depresjon var assosiert med lave selvtillit, behov for sosial støtte, nedsatt funksjonsevne og å være tilfreds med seg selv. Depresjon hadde en sammenheng med fysisk funksjonshemming som følge av hjerneslaget. Hvilke hjelpemidler og bosituasjon var også faktorer som økte sjansen for utvikling av depresjon. Plutselig tap av egen kropp og selvkontroll påvirket også til å utvikle en depresjon. Alle som tilbyr opptrening til slagrammede bør ha kunnskap om hvilke konsekvenser som kan oppstå etter hjerneslag og at både pasienter og pårørende fortsatt vil trenge råd, veiledning, informasjon og støtte i en slik situasjon.</p>	<p>Denne artikkelen har relevans for vår bacheloroppgave på bakgrunn av resultat og funna som vises i artikkelen. Det viser hvilke faktorer som kan ha betydning for utvikling av depresjon og at det er nødvendig med mer kunnskap innen dette fagområdet og at slagrammede har behov for hjelp til å forbedre sin psykiske velvære.</p>

Litteratormatrise 6: Post-stroke depression: Prevalance and relationship with disability in chronic stroke survivors.

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Srivastava, A., Taly, AB., Gupta, A. og Murali, T. (2010). «Post-stroke depression: Prevalance and relationship with disability in chronic stroke survivors». Vol. 13. (s.123-127).</p> <p>Publisert i Center for physical Medicine & Rehabilitation.</p>	<p>Hensikten med denne studien var og evaluere forekomsten av depressiv lidelse i kronisk slag og forholdet mellom post stroke-depresjon med funksjonshemming.</p>	<p>Nøkkelbegrep som er brukt i artikkelen var «Cerebrovascular accident, rehabilitation og quality of life».</p> <p>Søkeord som vi brukte var «Stroke, depression og rehabilitation.</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie, det ble brukt en tverrsnittundersøkelse. Det er også blitt brukt tabeller til å vise resultat og funn. Studien ble gjennomført ved en nevrologisk rehabiliteringsenhet av ett tertiært forskningssenter. Slagpasienter som hadde fullført første innleggelse på sykehus var med i ett rehabiliteringsprogram hvor de ble screenet og registrert i over ett-års periode.</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u> Pasienter med svekket balanse, gangart, men med mulighet til å gå med eller uten støtte ble inkludert i studien.</p> <p><u>Eksklusjonskriterier:</u> Pasienter med tilbakevendende slag, mottakelig afasi, kognitiv svikt som påvirker deltakelse og de med tidligere historie med depresjon ble ekskludert fra studien.</p> <p>Aldersgruppen var fra 16-65 år, det var 51 deltakere som oppnådde kriteriene for å være med i studien.</p> <p><u>Etiske vurderinger:</u> Studien er godkjent av etikk komiteen og skriftlig samtykke fra alle deltakere ble tatt før datainnsamling.</p> <p>Teknologiske verktøy som ble brukt var «hamilton depresjon skala, skandinavisk slag skala, berg balanseskalaen, ADL-skala, MMSE-tester», statistisk analyse ble brukt for å vise fram resultat.</p>	<p>Resultat viser at depresjon ikke er relatert til faktorer som alder, type og siden av lesjon, og post-stroke varighet, men knyttet til funksjonsnedsettelsen, blant annet kognitive funksjoner, balanse, gangevne og selvstendighet i ADL. Studien viser også at depresjon er en undervurdert konsekvens etter gjennomgått hjerneslag. Resultata viser at forekomsten av post-stroke depresjon er høy, men at 1/3 av slagrammede lider av dette. Studien foreslår derfor at kroniske slagrammede pasienter blir rutinemessig screenet for depresjon for å unngå negativ innvirkning i rehabiliteringsfasen og pasientens livskvalitet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår bacheloroppgave med tanke på at resultat viser hvilke faktorer som har betydning for utvikling av depresjon og at forekomsten av depresjon fortsatt er høy og rammer 1/3 av pasientene med slag.</p>

Litteratormatrise 7: Changes in life habits affected by mild stroke and their association with depressive symptoms.

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Rozon, J. og Rochette, A. (2015). «Changes in life habits affected by mild stroke and their association with depressive symptoms». Vol. 47. (s.495-501).</p> <p>Publisert i Journal of Rehabilitation Medicine.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke endringer i søvn, kjøring, sysselsetting, relasjoner og fritid i det første året etter mildt hjerneslag og utforske sammenhengen mellom tilstedeværelsen av depressive symptomer og bedring gjennom deltakelse i 6 måneder senere.</p>	<p>Nøkkelbegrep som er brukt i artikkelen er «mild stroke, participation, depression, acute stroke og rehabilitation».</p> <p>Søkeord som vi brukte var «stroke, depression og rehabilitation».</p> <p>Vi utførte begrensninger om at artikkelen skulle være publisert fra år 2009-2016 og at artikkelen måtte være i full tekst, antall treff ble da 131 treff. Søkehistorie og metodekapittelet.</p>	<p>Metoden som er brukt er både kvalitativ og kvantitativ.</p> <p>Det er en randomisert klinisk studie hvor forskerne samlet data ved bruk av en metode som er; “du ringer- vi ringer” for å måle sosial deltakelse og depressive symptomer i den første måneden etter mildt hjerneslag, de målte også etter 6 måneder og etter 1 år. For å måle dette ble det brukt teknologiske verktøy og spørreskjemaer.</p> <p>Deltakerne ble rekruttert fra 11 akuttavdelinger ved sykehus i fire kanadiske provinser. Første måneden ble 186 deltakere undersøkt, 149 deltakere etter 6 måneder og 138 deltakere når det hadde gått 1 år.</p> <p>For å vise frem resultat/funn ble statistisk og logistisk regresjonsanalyse anvendt i studien.</p> <p><u>Inklusjonskriterier.</u></p> <p>Deltakerne måtte ha tilgang til telefon og være i stand til å forstå enkle instruksjoner, uttrykke sine egne grunnleggende behov og kommunisere på engelsk eller fransk.</p> <p><u>Eksklusjonskriterier.</u></p> <p>Deltakere som hadde moderat eller alvorlig kognitiv svikt eller fikk nytt slag før den første vurderingen ble ekskludert fra studien.</p> <p><u>Etiske vurderinger:</u></p> <p>Studien ble godkjent av forskningsetiske komiteer fra alle nettstedene som var inkludert i studien.</p>	<p>Resultat viser at alle livsvanene som ble undersøkt viste en forbedring på 6 måneder og 1 år, men med noen unntak som var å ha et seksuelt forhold etter 6 måneder og søvn. Pasienter som hadde den milde typen hjerneslag kunne vise til ulike funksjonsnedsettelse som påvirket hverdagslivet deres, det vises også et stort antall depressive symptomer kort tid etter et mildt hjerneslag som igjen påvirker prestasjonen av livsvanene deres.</p> <p>Konklusjonen viser at rehabiliteringstjenester er viktig for pasienter i denne livssituasjonen og at det bør utføres en vurdering av livsvaner og screening av depressive symptomer bør utføres før utskrivning fra sykehuset for å oppnå en god prognose i rehabiliteringsfasen.</p>	<p>Artikkelen har relevans for vår bacheloroppgave siden resultat og konklusjon viser at depressive symptomer påvirker livsvanene til deltakerne og kan gjøre rehabiliteringen ineffektiv, samt at deltakerne får større risiko for å utvikle depresjon.</p>

Litteratormatrise 8: Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors, a systematic literature review.

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Kouwenhoven, SE., Kirkevold, M., Engedal, K. og Kim, HS. (2011).</p> <p>«Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review».</p> <p>Vol. 33. (s. 539-556).</p> <p>Publisert i Informa Healthcare.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få en helhetlig analyse over kunnskap om depresjon etter hjerneslag i den akutte fasen, forekomsten av depressiv lidelse og symptomer, eventuelle dominerende depressive symptom, faktorer som er assosiert med depresjon etter hjerneslag og konsekvenser i oppfølgingen.</p>	<p>Nøkkelbegrep som ble brukt i artikkelen er «stroke og depression».</p> <p>Søkeord som vi brukte var «stroke, depression og rehabilitation».</p>	<p>Denne studien er kvalitativ og kvantitativ, det er blitt utført et dataassistert søk i forskjellige databaser hvor forskerne systematisk søkte etter studier som handlet om depresjon i løpet av den første måneden etter hjerneslag. For å måle depressive symptomer, lidelser og faktorer assosiert med depresjon er det blitt brukt teknologiske verktøy som «hamilton depression scale, MMSE- og DSM-tester og international classification of diseases».</p> <p><u>Inklusjonskriterier.</u> Artikler som ble inkludert i studien var artikler som inneholdt abstrakt og at artikkelen handlet om den akutte fasen etter hjerneslag.</p> <p><u>Eksklusjonskriterier.</u> Artikler uten abstrakt og skrevet på annet språk ble ekskludert fra studien.</p> <p><u>Etiske vurderinger:</u></p>	<p>Resultatene viste at 40 artikler i tillegg til mer enn 5400 informanter fra 37 kohort studier oppfylte inklusjonskriteriene, det var bare noen få studier som beskrev depresjon etter hjerneslag. Resultatene og funn viste at forekomsten av depressive lidelser og symptomer i den akutte fasen varierte. Det ble også funnet en assosiasjon mellom tidlige depressive symptomer og forlengelse av depresjon etter hjerneslag 12 måneder etter slaget.</p> <p>Flere av studiene viste at pasienter rammet av hjerneslag som lider av depresjon etter slag i tidlig fase er i fare for flere depresjoner, økt funksjonell avhengighet og dårlig prognose for videre forløp med tanke på rehabilitering. Tidlig identifisering og behandling av problemet kan hindre disse alvorlige konsekvensene. Studien viser at kunnskap om depresjon etter hjerneslag i den akutte fasen fremdeles er begrenset og at det er behov for mer forskning på dette fagområdet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant i forhold til vår oppgave med tanke på at flere av studiene viste at pasienter rammet av hjerneslag som lider av depresjon i ettertid er i fare for å få flere depresjoner og kan gjøre at opptreningen blir dårlig. Artikkelen viste hvilke faktorer som kunne utvikle depresjon.</p>

Søkehistorikk – tabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Acute stroke and depression.	10.01.16	CinahlComplete	Antall treff før begrensning: 188 treff. Utførte tidsavgrensning fra 2010-2016, antall treff ble da 76.	9 abstrakter ble lest på bagrunn av at vi følte de hadde mest relevans for problemstillingen vår. 6 Artikler ble lest grundig, og bare 1 artikkel viste seg å være relevant i forhold til oppgaven vår.	6 leste artikler.	1 inkludert artikkel. “Depression in acute stroke prevalence dominant symptoms and associated factors symtstematic literature review”.
Stroke, depression and experience.	15.01.16	CinahlComplete	Antall treff før begrensning: 160 treff. Utførte tidsavgrensning fra 2010-2016, antall treff ble da 76.	6 abstrakter ble lest gjennom på bakgrunn av sammendrag og overskrifter. Etter grundig lesning av 4 artikler var det bare 1 artikkel som var relevant i forhold til problemstillingen vår.	4 leste artikler.	1 inkludert artikkel. “Living a life in shades of grey experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke”.
Stroke, depression and rehabilitation .	26.01.16	CinahlComplete	Antall treff før begrensning 760 treff. Utførte tidsavgrensning fra 2010-2016, antall treff ble da 330.	15 abstrakter ble lest gjennom da vi kunne se ut fra overskrifter og sammendrag at de kunne ha relevans for problemstillingen vår. 9 artikler ble grundig lest, men det var bare 3 av disse artiklene som viste seg å være relevant i forhold til vår problemstilling.	9 leste artikler.	3 inkluderte artikler. “Changes in life habits affected by mild stroke and their association with depressive symptoms”. “Post stroke depression prevalence and relationship with disabillity in chronic stroke survivors”. “Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from rehabilitation hospital”.

Søkte først bare "Stroke". Deretter brukte vi operatøren "AND". "Stroke and Rehabilitation" "Stroke, rehabilitation and depression".	28.01.16	CinahlComplete	Søkeord: stroke (70259 treff) Stroke and rehabilitation (12901 treff) Stroke and rehabilitation, artikler publisert etter 01.01.2010 (5143 treff) stroke, depression and rehabilitation, artikler publisert etter 01.01.2010 (267 treff).	7 leste abstrakter, utvalgt på bakgrunn av overskrift og sammendrag som kunne passe til problemstillingen. 3 av artiklene ble ekskludert etter gjennomlesning av abstract. 3 ble ekskludert etter nøyere gjennomlesning da de ikke passet til problemstillingen.	3 leste artikler	1 inkludert artikkel. "The relative effect of coping strategy and depression on health related quality of life in patients in the chronic phase after stroke".
Søkte først på hjerneslag.. Søkte deretter "Depresjon og hjerneslag".	05.02.16	CinahlComplete	Søkeord: Hjerneslag 3 treff. Depresjon og hjerneslag 1 treff.	3 leste abstrakter, her las vi alle abstrakter ettersom dette søket ga få treff og vi hadde tid til dette. 2 artikler ble nøyere gjennomlest og 1 artikkel ble valgt ut.	2 leste artikler.	1 inkludert artikkel. "Å leve med hjerneslag".
"Coping" ble søkt på først. Brukte deretter operatøren "AND". "Coping, Depression and rehabilitation".	10.02.16	CinahlComplete	Coping (157 treff) Coping publisert etter 01.01.2010 (13673 treff) Coping, depression and rehabilitation publisert etter 01.01.2010 (35489 treff)	19 leste abstrakter. Dette søket ga mange treff. Vi leste 19 abstract som ble valgt ut på grunnlag av overskrift. Noen ble ekskludert etter gjennomlesning av abstract da de ikke passet til problemstillingen. Vi leste gjennom 11 artikler. 10 ble ekskludert på bakgrunn av at de ikke passet til problemstillingen eller uinteressant fokus.	11 leste artikler	1 inkludert artikkel. "Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation"