



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY301813 SYKEPLEIE VI – DEL 2**

**Tittel:**

**Å leve med depresjon etter hjerneslag**

Kandidatnummer: 4492

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

Antall ord: 8784

Hovedveileder: Marianne Kjelsvik

Innlevert Ålesund, 22.05.2016

## 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.	Ja X
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	Ja X
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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	Ja X
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	Ja X
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	Ja X
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	Ja X

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Marianne Kjelsvik

## 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: 22.5.2016

## Å leve med depresjon etter hjerneslag



«Rowe stated that the discrepancy between the subjective experience and objective manifestation always will be a problem in understanding and recognizing depression»  
(Kouwenhoven et al 2011, s. 1734)

## **Sammendrag**

**Bakgrunn for tema:** I studien ønsker jeg å belyse erfaringer til pasienter med depresjon etter hjerneslag. Dette for å finne ut hvordan sykepleiere kan møte denne pasientgruppen. Pasienter med hjerneslag kan en møte i alle somatiske sykepleie-enheter. På sykehjem, i hjemmesykepleien og på sykehus.

**Problemstilling:** Hvordan erfarer pasienter depresjon etter et hjerneslag?

**Hensikt:** I studien ønsker jeg å få vite hvordan pasienter opplever depresjon som følge av et hjerneslag. Jeg ønsker videre å bruke pasientenes erfaringer til å belyse hvordan man som sykepleier kan møte denne pasientgruppen.

**Metode:** Dette er en systematisk litteraturstudie, basert på søk i databaser som resulterte i 8 ulike forskningsartikler. Problemstillingen blir besvart ved bruk av disse, i tillegg til relevant teori.

**Resultat:** Pasientene oppgir at de erfarer følelser av tristhet, nedstemthet, apati, tap og sorg. De føler seg også utmattet og mangler energi. Fem undertema viser seg: (1) Fanget i egen kropp, (2) Utmattet, (3) God nok?, (4) Møtet med helsepersonell og (5) Håp.

**Konklusjon:** Erfaringene viser at de føler at de lever «et liv i grånyanser» hvor de føler at de mister seg selv og føler seg fanget. Å miste seg selv dreier seg om ikke å kunne oppfylle tidligere roller, tap av identitet og mangel på energi. Det oppstår en splittet følelse av forventninger og realisme. Noen føler livet ikke er verdt å leve, mens andre enser håp.

**Nøkkelord:** Stroke, Depression, Life experiences, Qualitative og Post-Stroke-Depression.

## **Abstract**

**Background:** In this study, I want to illuminate the experiences of patients with depression after stroke. This is to find out how nurses can meet this patient group. Nurses will meet patients with stroke in all somatic nursing units, in nursing homes, home care and hospitals.

**Problem:** How experience patients depression after a stroke?

**Purpose:** In this study, I want to find out how patients experience depression as a result of a stroke. Furthermore I want to use patients' experiences to put into light how a nurse can meet this patient group.

**Method:** This is a systematic literature review, based on database searches resulted in 8 different research papers. This issue will be answered by these, in addition to relevant theory.

**Results:** Patients report experience of feeling sadness, depression, apathy, loss and grief. They also feel exhausted and lack of energy. I fund four sub-themes: (1) Trapped in their own bodies, (2) Exhausted, (3) Good enough? (4) The meeting with healthcare and (5) Hope.

**Conclusion:** The evidence shows that they feel that they are living "a life in shades of gray" where they feel that they lose themselves and feel trapped. Losing oneself revolves around not being able to fulfill previous roles, loss of identity and lack of energy. There comes a split between sense of expectation and realism. Some feel life is not worth living, while others sense hope.

**Keywords:** Stroke, Depression, Life experiences, Qualitative and PSD

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Hjerneslag .....	1
1.2 Hensikt .....	2
1.3 Problemstilling .....	3
1.3.1 Begreper .....	3
<b>2. Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1 Hjerneslag .....	3
2.2 Depresjon .....	5
2.3 Joyce Travelbee – håp .....	6
2.4 Kari Martinsen – Å bli tillit verdig .....	7
<b>3. Metodebeskrivelse</b> .....	<b>8</b>
3.1 Søk etter artikler .....	9
3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	9
3.3 Etske aspekter .....	10
3.4 Godkjenning av etiske komiteer i inkluderte artikler .....	10
3.5 Analyse .....	10
<b>4. Resultat</b> .....	<b>12</b>
4.1 Fanget i egen kropp .....	12
4.1.1 Den kroppslige fremmedgjøringen .....	12
4.1.2 Å være avhengig .....	12
4.1.3 Sosial isolasjon .....	13
4.2 Utmattet .....	14
4.3 God nok? .....	15
4.3.1 Å miste seg selv .....	15
4.3.2 Å leve opp til tidligere roller .....	16
4.4 Møtet med helsepersonell .....	17
4.5 Håp .....	18
<b>5. Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
5.1 Metodediskusjon .....	19
5.1.2 Valg av artikler .....	19
5.2 Resultatdiskusjon .....	20
5.2.1 Fanget i egen kropp .....	20
5.3 Utmattet .....	23
5.4 God nok? .....	24
5.5 Håp – i møte med helsepersonell .....	26
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>30</b>
<b>Søketabell</b> .....	<b>33</b>
<b>Litteraturmatriser</b> .....	<b>1</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Hjerneslag

I følge Wergeland (2010:262) er hjerneslag ingen ensartet sykdom, med et samlebegrep for det symptombildet en får når deler av hjernen helt eller delvis mister sin blodforsyning. Hjerneslag defineres av Verdens helseorganisasjon som «en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død».

Hvert år rammes ca. 15000 personer i Norge av hjerneslag. Hjerneslag er den tredje hyppigste årsakene til død og funksjonshemming, og er en stor utfordring både for den enkelte som rammes, de pårørende, for helsetjenesten og for samfunnet.

«Antallet hjerneslag vil kunne øke med 50 % de neste 20 årene fordi det blir flere eldre» (<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/organisering/langtidsoppfolging-samhandling>) Wergeland (2010) skriver at 20-40 % av de som blir rammet av hjerneslag lider av depresjon.

Jeg ville se nærmere på dette temaet fordi jeg har opplevd å møte mange pasienter som lider etter hjerneslag. Pasientene har jeg møtt både på sykehjem, i hjemmetjenesten og på sykehus. Et seminar om hjerneslag gjorde inntrykk. Jeg har også hatt praksis på et rehabiliteringssenter, hvor jeg opplevde å møte mange slagrammede. Det var gripende og lærerikt. Ulike grader av utfall og den psykososiale reaksjonen varierte, og jeg så blant annet at fremgang under trening var en viktig faktor for motivasjon og håp.

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator står det at habilitering og rehabilitering er en oppgave for både spesialist- og kommunehelsetjenesten ([https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL\\_3?q=forskrift om habilitering og rehabilitering#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_3?q=forskrift%20om%20habilitering%20og%20rehabilitering#KAPITTEL_3)). I kapittel 3 §5 står det at «Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3». I kapittel 4, §12 står det at det regionale helseforetaket skal legge forholdene til rette slik at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal kunne melde om mulige behov for



habilitering og rehabilitering til koordinerende enhet. Dette viser at sykepleiere har en rolle for rehabilitering både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

I forhold til tilbudet etter akuttbehandling vil en del ha behov for fortsatt rehabilitering i regi av kommunehelsetjenesten, eller i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

(<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/organisering/langtidsoppfolging-samhandling>): Organiseringen må understøtte arbeidet om at akuttmedisinsk personell, tverrfaglig rehabiliteringspersonell, pasient og pårørende og øvrige aktører må arbeide mot et felles mål. Samhandling er derfor sentralt både mellom faggrupper, mellom ulike avdelinger, seksjoner, institusjoner og mellom ulike forvaltningsnivå.

I følge Nasjonale Retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag er:

«det er kjent at pasienter med sammensatte problemer som kognitiv svikt, depresjon og fatigue, og pasienter som er inaktive har en dårligere prognose når det gjelder mobilitet og uavhengighet enn pasienter med bare motoriske utfall»

(<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/organisering/langtidsoppfolging-samhandling>).

## **1.2 Hensikt**

Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere skriver under punkt 1.4 at sykepleiere skal holde seg oppdatert om forskning og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis.

Hensikten med denne studien blir å undersøke erfaringene til slagrammede som lider av depresjon etter hjerneslag. Erfaringene er for det meste dokumentert i fenomenologiske kvalitative studier, basert på intervjuer med pasienter rammet av hjerneslag. Indikatorer på depresjon kan dukke opp i samtaler med sykepleiere og det blir derfor viktig å kunne tolke utsagn i samtalene (Robinson-Smith 2004). Å identifisere kommentarer som tyder på depresjon, kan hjelpe sykepleiere til å identifisere slagrammede som står i fare for å få alvorlig eller vedvarende depresjon.

## **1.3 Problemstilling**

Hvordan erfarer pasienter depresjon etter hjerneslag?

### **1.3.1 Begreper**

#### **Depresjon**

På grunn av vanskelighetene med objektiv måling av psykisk helse har man brukt individets subjektive følelse av psykisk velvære, tilfredshet, livskvalitet eller lykke som mål, eller ganske enkelt det at personen selv mener har er psykisk sunn og normal. Slike definisjoner baserer seg ensidig på individets egen innsikt og dømmekraft (Malt et al 2010, s.9).

### **1.4 Oppbygning av studien**

Først utarbeider jeg relevant teori rundt temaet på bakgrunn av eksisterende litteratur. Så beskriver jeg metodevalget, der jeg gjør rede for datasamling og analyse av innsamlede materiale av forskning. Deretter følger resultatdelen som er en redegjørelse av ulike funn fra forskningsartiklene. Til slutt drøfter jeg sentrale funn fra forskningsartiklene med teori og avslutter med en kort konklusjon.

## **2. Teoribakgrunn**

### **2.1 Hjerneslag**

Virkingen av et slag er unikt for hver enkelt og kan resultere i komplekse nevrologiske utfall i motorisk, sensorisk, nevrologisk eller emosjonell funksjon (Wergeland et al 2010).

Den motoriske funksjonssvikten er den konsekvensen av hjerneslag som er mest iøynefallende. Motoriske utfall er lammelser, svelgevansker, tap av balanse og muskeltonus (Wergeland et al 2010:262). De aller fleste pasientene har symptomer på grunn av lammelser i ulike deler av kroppen. Graden av utfall kan variere i ulike deler av kroppen – avhengig av skadens lokalisasjon og utbredelse i hjernen. Pasienten blir ofte

hjelpeløs og avhengig av andre for å få utført de mest elementære daglige gjøremål på grunn av de motoriske utfallene (Wergeland et al 2010).

Mange opplever i ettertid at kroppen ikke fungerer som før. De kan oppleve en kroppslig fremmedgjøring, spesielt i møte med daglige gjøremål og i sosiale sammenhenger. Eilertsen (2005) beskriver i Wergeland (2010) det som ubehagelig kroppslig nærvær, kroppslig upålitelighet og kroppslig forlegenhet.

Sensoriske utfall er nedsatt sensibilitet og synsforstyrrelser. En skiller mellom dyp og overflatisk sensibilitet. Manglende sensibilitet kan føre til at pasienten får problemer med å avgjøre temperatur, størrelse, form eller strukturen på det han holder i den affiserte hånden (Wergeland et al 2010).

Nevrologiske utfall er neglekt, agnosi, rom- og retningsproblemer, vansker med kroppssoppfatningen, vansker med tidsoppfatningen, apraksi, inkontinensproblemer, kommunikasjonsproblemer og afasi (Ibid).

Emosjonell instabilitet er et problem for mange som er rammet av hjerneslag. Pasientene kan overreagere ved følelsesutbrudd og har ikke lenger kontroll over følelsene. Både ved glede og sorg kan de reagere med voldsom gråt.

Hjerneslag kan føre til psykiske forandringer. Wergeland et al (2010) skriver at «Forandringene skyldes dels hjerneskaden, og dels er det en reaksjon på det som har hendt». Pasienten blir ofte hjelpeløs og avhengig av andre. Etter hvert som pasienten blir bedre vil begrensningene vise seg. Pasientene bedrer sitt funksjonsnivå med iherdig og langvarig trening. På tross av dette innser mange funksjonshemmingen som de må leve med og mange blir da deprimerte.

Depresjon er som oftest en del av en sorgreaksjon som pasienten må arbeide seg gjennom (Wergeland et al 2012). Depresjon forekommer hos ca.20-40 % av pasientene og kan medføre nedsatt rehabiliteringspotensial. Depresjon kan også forekomme sent i sykdomsforløpet.

## 2.2 Depresjon

Betegnelsen depresjon blir av folk flest ofte oppfattet som én psykisk lidelse. Dette er ikke riktig – fra et faglig synspunkt. Depresjon i psykiatrisk forstand er kun en samlebetegnelse for en rekke ulike lidelser kjennetegnet ved en sinnsstemning karakterisert av et knippe av symptomer som fremstilt i tabell 13-1 (Malt et al 2010, s.285)

Tabell 13-1. De vanligste symptomer ved depressive episoder:

- Nedtrykthet og eventuelt fortvilelse
- Konsentrasjonssvikt med sekundære problemer med hukommelse
- Tap av initiativ og pågangsmot (mer passiv)
- Forstyrrelser i søvnmønster
- Ofte redusert evne til å oppleve følelser (eks. sinne, glede)
- Pessimistiske tanker om fremtiden (ofte knytt til arbeid/arbeidsforhold)
- Ofte en opplevelse av utilstrekkelighet og lav selvfølelse
- Opplevelse av at livet ikke er verdt å leve.  
Selvmordstanker kan forekomme hos de fleste, men meddeles ofte ikke andre
- Redusert energi (inkludert seksuell lyst)
- Tretthet og utmattelse, ofte stort behov for å hvile
- Forstyrrelse av appetitt (appetittløshet, eventuelt «trøstespising»)
- Uforklarlig uro og rastløshet; angst og angstanfall kan forekomme
- Irritabilitet

Joyce Travelbee (2010:105) skriver at ethvert tap av selvaktelse, status, prestisje, kroppsfunksjoner eller kroppsdel kan føre til depresjon. I en viss forstand kan en si at personen går gjennom en sorgprosess etter tapet av en kroppsfunksjon eller kroppsdel. Det å være hjelpeløs og avhengig av andre kan skape sterke følelser av verdiløshet hos enkelte.

Hvordan det subjektivt føles for pasienten kan være en fruktbar måte å nærme seg fenomenet depresjon. Det kan skape åpenhet i forhold til personen med og *bak* depresjonen. Ingen pasienter tilskriver lidelsen samme mening, så det er viktig å ta hensyn

til den forståelseshorisont pasienten har i sin verden (Hummelvoll 2010, s.35).

I følge Malt et al (2010) er symptomer som i og for seg ikke er ensbetydende med depressiv episode, men som ofte *kan* skyldes depressiv episode, er en følelse av *tretthet og tap av energi*. Dette kan være koblet sammen med en følelse av treghet (subjektiv retardasjon) i både tanke og fysisk handling. «Det er ikke bare de psykiske funksjoner som forandres hos den deprimerte – også de kroppslige» (Malt et al 2010, s.288). Nettopp disse sammenvevde faktorene er nødvendig å forstå om hjelperen skal kunne omforme personens splintrende syn på livet til et alternativt syn som gir grunnlag for håp, tro og frihet fra fortvilelsens fristelse.

### **2.3 Joyce Travelbee – håp**

Travelbee (2010, s.117) skriver at håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tap, tragedier, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse. Håp er trolig den motiverende impulsen som gir den syke energi og gjør ham i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i de vanskelige oppgavene som kan ligge i en rehabiliteringsprosess.

Imidlertid vil det være avgjørende at pasientens håp og ønsker kobles sammen med en realistisk, men samtidig med en optimistisk holdning fra sykepleierens side med hensyn til sykepleiens muligheter. Håp og ønsker kan oppfattes som urealistiske. Det vil derfor være en utfordring å kunne møte det urealistiske håp med alternative forslag som pasienten kan godta – og som kan fungere som en rettesnor for arbeidet (Hummelvoll 2010, s.45-46).

«Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre» (Travelbee 2010, s.118). Hvert enkelt individ er sterkt avhengig av hjelp fra eller samarbeid med andre for i det hele tatt å overleve i det daglige i den siviliserte verden. De som er syke og lidende, er avhengige av andre og håper på hjelp fra dem - selv om de kanskje ikke har lyst å be om hjelp.

Travelbee (2010) skriver at det å måtte ta imot hjelp eller være avhengig av andre er sterkt opprivende for enkelte. I vår kultur virker avhengighet, i betydningen å «ligge andre til byrde», å være mer skremmende for mange enn døden. Den som har håp, befinner seg derfor i en avhengig posisjon der hjelp fra andre blir akseptert (Travelbee 2010, s.118).

I følge Erikson springer håpet ut av et gunstig forhold mellom tillit og mistillit – en lærer å håpe dersom omgivelsene legger til rette for utviklingen av denne evnen (Travelbee 2010, s.117). Håp har nær sammenheng med tillit og utholdenhet. Med tillit menes den trygge troen på at andre mennesker er i stand til å yte hjelp i nødens stund, og at det er sannsynlig at de vil gjøre det.

## **2.4 Kari Martinsen – Å bli tillit verdig**

Siden håp er beslektet med tillit, forsøker sykepleieren å vise gjennom sin egen atferd at hun kan og vil hjelpe den syke når behovet oppstår. Det er få syke mennesker som automatisk har tillit til en sykepleier de ikke kjenner, så sykepleieren må gjøre seg fortjent til tillit. Martinsen (2009, s.142) skriver at tillit er elementært i enhver samtale og i vår holdning til den andre.

Videre skriver Martinsen (2009) at sykepleieren må være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon. Skal jeg ta vare på det som den andre åpner opp for, betror meg, da må jeg være villig til å prøve å finne fram til hva den andre er best hjulpet med. Jeg må være oppriktig interessert i den andre. «Hvis min interesse oppleves som uekte, vil mistillit vekkes» (Martinsen 2009, s.145). Sykepleieren fordres til det en form for «utleverhet», en sensitivitet, en sårbarhet, en emosjonell involvering som er nødvendig for å kunne sette seg inn i den andres situasjon (ibid). Med vår holdning til hverandre er vi med på å gi hverandres liv dets tone. Martinsen (2009) siterer Løgstrup:

«Ikke med teorier eller anskuleser, men ved vår blotte holdning setter jeg farve eller tone på den andres verden. Jeg kan gjøre den truende eller trygg»  
(Martinsen 2009, s.145)

Videre skriver hun at det er i kraft av vår gjensidige avhengighet at hvert menneske har noe eller flere menneskers liv i sin hånd. Den enkelte utleverer seg selv, gir noe av sitt liv i den andres hånd, setter tone til den andres liv. Det er en fordring til oss om å ta vare på det liv som tilliten legger i vår hånd (Ibid).

### 3. Metodebeskrivelse

Etter å ha bestemt meg for et tema, startet jeg å lete etter relevant litteratur for å kunne formulere en hensikt med studien. Jeg formulerte en hensikt og laget et spørsmål som kunne besvares – en problemstilling. Etter jeg definerte problemstillingen, måtte jeg begynne å lete etter søkeord. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) er et av kriteriene for å oppfølge en systematisk litteraturstudie å tydelig beskrive kriterier og metoder for søking og utvalg av artikler.

Jeg brukte et PICO-skjema for å utarbeide søkeord. Det er en strukturert metode for å sette sammen ulike søkestrategier. P: Pasient, I: Intervention, C: Comparison O: Outcome. P: Pasienter med hjerneslag; «Patients» «Stroke». I: Depresjon etter hjerneslag; «Depression». C: Erfaringer med depresjon etter hjerneslag; «Life experiences» og O: Hvordan det er å leve med depresjon etter hjerneslag; «PSD: Post-Stroke-Depression».

#### Inklusjonskriterier

- Artikler utgitt fra år 2010-2016
- Artikler med pasientperspektiv
- Etisk vurdert
- Kvalitativ forskning
- Artikler med IMRAD-struktur
- Fagfelleurdert
- Publiseringnivå 1 eller 2 i NSD
- Artikler fra den vestlige verden

#### Eksklusjonskriterier

- Artikler eldre enn fra 2010
- Artikler med sykepleieperspektiv
- Medisinsk behandling
- Kvantitativ forskning
- Lavere publiseringnivå enn 1 eller 2 i NSD
- Artikler utenom den vestlige verden

### **3.1 Søk etter artikler**

Ved søk etter forskningsartikler startet jeg med en rekke søk i ulike databaser; Oria, CinahlComplete, Google Scholar og PubMed. I CinahlComplete fann jeg én artikkel først, men så måtte jeg bruke færre nøkkelord. Jeg valgte å bruke database Cinahlcomplete (Cumulative Index of Nursing and Allied Health), fordi den er spesialisert på sykepleieforskning. Samtidig benyttet jeg meg av flere databaser, for å få et mer systematisk søk.

Jeg startet først med søkeordet «stroke», så la jeg til de andre ordene og søkte med «and». Med «and» finner jeg artikler som kombinerer søkeordene og gir et systematisk søk. Søkeordene jeg benyttet var «stroke», «depression», «life experiences», «qualitative» og «PSD» (Post-Stroke-Depression kom jeg fram til da jeg så det var mye brukt i artiklene). Jeg avgrenset til år 2010-2016 og fikk færre treff. Jeg bladde igjennom og leste hundrevis av overskrifter. Så leste jeg IMRAD-abstractene på mange og fant 16 artikler som var relevante. Jeg leste gjennom resultatene på alle, men 8 av dem ble ekskludert fordi de blant annet ikke hadde konkrete depressive symptomer, for eksempel «quality of life» istedenfor «depression».

### **3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Jeg benyttet Kunnskapssenterets «Sjekkliste for kvalitativ forskning» (2008) for å vurdere om en artikkel kunne benyttes i studien. Sjekklisten inneholder spørsmål som gjør det lettere å være kritisk til gyldigheten av artikkelen. Jeg undersøkte også hvert tidsskrift under publiseringsnivå i NSD – Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. Alle artiklene i studien er publisert i tidsskrift under graderingsnivå 1 eller 2 og er dermed fagfellevurdert. Noen av de ekskluderte artiklene samsvarte med de inkluderte artiklene, men gav få beskrivelser. Jeg la vekt på artikler som hadde med uttalelser fra informantene og gav gode forklaringer i resultatdelen. I tillegg var det viktig at artiklene omhandlet konkrete depressive symptom og ikke vide spekter som for eksempel livskvalitet.



### **3.3 Etiske aspekter**

Forskningsetikk innebærer å sikre personvern og bevare troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland 2012, s.96). Studien følger forskningsetisk sjekkliste fra REK (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2013), som baseres på kvalitativ forskning. Forsberg og Wengström (2013, s.54) skriver at: «Kvalitativ forskning fokuserer på å tolke og skape mening og forståelse i menneskans subjektive opplevelse av omvärlden». Dette medfører at informantene deler sine personlige erfaringer. Personlige opplysninger kan være svært sensitive og en må ha en etisk vurdering i hvert intervju. Samtidig må jeg som analyserer være bevisst på at studiene tolker informantenes opplysninger. På én side kan dette medføre at informantene føler seg misforstått og «brukt», mens på en annen side kan de føle seg verdifulle i en viktig formidling. En kan for eksempel samle tråder fra hver forskjellig informant til hvert tema, for å anonymisere deltakerne. Ulempen da blir at vesentlige uttalelser kan gå tapt.

### **3.4 Godkjenning av etiske komiteer i inkluderte artikler**

I følge Forsberg og Wengström (2013, s.70) er svært viktig at forskningsartikler som blir benyttet skal være godkjent i etiske komite eller at det er gjort overveielser. Alle de inkluderte artiklene i den systematiske litteraturstudien er godkjent av en etisk komité. Dette er viktig da studiene baserer seg på subjektive erfaringer.

### **3.5 Analyse**

Forsberg og Wengström (2013) skriver at analyse er å dele opp innhold i mindre deler. Vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i biter og undersøke dem. Så følger syntesen, som betyr å sette sammen delene til en ny helhet.

Jeg har brukte en modell for innholdsanalyse som beskrevet i Forsberg og Wengström (2013, s.167):

1. Jeg fant 8 forskningsartikler som kunne belyse problemstillingen min. For å få en god

helhetsforståelse leste jeg de mange ganger.

2. Jeg markerte alt som jeg synes var relevant i artiklene med merketusj, for så å skrive det valgte sammendraget inn i Word-dokument.

3. Så printet jeg ut dokumentene, og så en sammenheng mellom de ulike funnene. Etter ca. en uke, leste jeg artiklene på nytt for å få nye synspunkt og få bekreftelse på funnene jeg hadde fått tidligere.

4. Etter å ha kommet frem til kategoriene: (1) Fanget i egen kropp, (2) Utmattet, (3) God nok?, (4) Møtet med fagfolk og (5) Håp, markerte jeg kategoriene med ulike fargekoder. For eksempel markerte jeg med grønn fargetusj for det som kunne gå under «håp». Så samlet jeg nøkkelfunnene i hver sin kategori, og søkte et mønster i forsøk på å gi en systematisk forståelse:

- «Fanget i egen kropp»
  - Den kroppslige fremmedgjøringen
  - Å være avhengig
  - Sosial isolasjon
- «Utmattet»
- «God nok?»
  - Å miste seg selv
  - Å leve opp til tidligere roller
- «Møtet med helsepersonell»
- «Håp»

## 4. Resultat

### 4.1 Fanget i egen kropp

#### 4.1.1 Den kroppslige fremmedgjøringen

Traumer av en endret kropp gav følelsesmessige reaksjoner. De kjempet for å bli kjent med sin endrede kropp og beskrev den som fremmed (Eilertsen et al 2010, Williams og Murray 2013). Kroppen etter hjerneslaget gav omfattende konsekvenser for deres selvtillit og engasjement i praktiske og sosiale aktiviteter. Informantene syntes å akseptere deres kroppslige begrensninger lettere i definerte treningssituasjoner på sykehuset enn i situasjoner med reell, praktisk handling hjemme (Eilertsen et al 2010, White et al 2024).

Det var en tendens til å beskrive sterke og mørke følelser om å være fanget.

En sa «once you have it, it's like being in prison. I won't even put a dog in prison» (Townend et al 2010, s.559). Å føle seg fanget i et annet liv var relatert til tristhet, tap av glede, ubesluttsomhet, selvkritikk, tap av energi, endringer i søvnmønster og selvmordstanker (White et al 2014 ++). Daglige gjøremål og sosialt samvær med familie og venner ble begrenset da de ikke kunne gå, handle, kjøre, gå på teater eller pub. De følte seg hjelpeløse og hjelpetrengende (Townend et al 2010, Williams og Murray 2013, White et al 2014, Kouwenhoven et al 2011 x 2, Taule et al 2015, Eilertsen et al 2010).

Informantene hadde problemer med å kommunisere. Det var vanskelig å finne ord og uttrykke tanker. De ble ulykkelige av at det var problematisk å kunne konsentrere seg og huske, og fortvilelse oppstod. En av deltakerne beskrev det som om at hun måtte leve på innsiden (Kouwenhoven m.fl. 2011).

#### 4.1.2 Å være avhengig

Deprimerte slagrammede uttrykte følelser av sorg og frustrasjon som å være "fanget" eller "hjelpeløse" i forhold til sin avhengighet av andre (Townend et al 2010, Kouwenhoven et al 2011) De sa funksjonshemmingen var vanskelig å akseptere og lå tungt i deres sinn. De følte de var blitt et barn igjen, og en sa det slik: «I thought the greatest transition was going from being an independent strong man to becoming a highly dependent patient»

(Kouwenhoven et al 2011, s.1732). En annen sa det bare som fakta: «You are very independent suffering from a stroke». Avhengighet var relatert til depressive følelser, som deretter førte til ytterligere tilbaketrekning fra verdsatte roller (Townend et al 2010).

Etter et slag kan enkeltpersoner trenge hjelp fra betydningsfulle andre. Det syntes å være en hårfin balanse mellom å føle seg avhengig av andre og være takknemlig for deres hjelp (Williams og Murray 2013).

Kitson et al (2012) oppgir beskrivelser av ethvert fysisk behov (som eliminering, personlig hygiene og spise og drikke) som klare beretninger om psykologiske og følelsesmessige påvirkninger (ydmykelse, mangel på verdighet og tillit). Somatiske og emosjonelle dimensjoner var knyttet til forholdet mellom pasient og omsorgsperson (sykepleier, lege, annet helsepersonell). De beskrev erfaringer som traumer, tap, angst, ydmykelse, forlegenhet og frykt for isolering av å være avhengig av andre for grunnleggende omsorg (Kitson et al 2012). Erfaringene var relatert til psykologiske og relasjonelle aspekter. Beretninger om ikke å være i stand til å ta vare på seg selv førte til forlegenhet, ydmykelser, tap av selvtillit og identitet. Knyttet til å gjenvinne uavhengighet var emosjonell angst og forlegenhet (Kitson et al 2012). Pasientene opplevde følelsesmessige traumer rundt det å måtte stole på andre mennesker:

“..things like personal hygiene, I means, is, your, ones dignity is absolutely stripped”

(Kitson et al 2012, s.398)

#### **4.1.3 Sosial isolasjon**

En følte seg isolert i sitt eget hjem. Han hadde ikke frihet til å bevege seg og trengte hjelp fra andre for å komme seg ut av leiligheten. Han hadde mistet sertifikatet og følte at de meningsfulle tingene han pleide å gjøre ikke var mulig lenger. Han følte seg fanget – uten frihet og muligheter. Han uttrykte «there's no joy in life anymore» og «it's a life filled with nothing». Han følte seg ensom og dagene gikk sakte (Kouwenhoven et al 2011, s.1731).

Informantene opplevde kognitive endringer knyttet til konsentrasjon og hukommelse (Kouwenhoven et al 2011, Williams og Murray 2013). Kouwenhoven et al (2011) beskriver en som ville beskytte seg fra samfunnet og valgte isolasjon fremfor sosiale fellesskap. Hun ville ikke møte andre fordi hun slet med kommunikasjon, spesielt å finne ord og uttrykke sine tanker. Før var hun sosial og pratet mye, nå var hun blitt mer innesluttet og usikker i sosiale settinger. Selv når hun var sammen med andre – følte hun seg likevel isolert (Kouwenhoven et al 2011).

Sorg og ensomhet knyttet til tap av kontakt med andre var vanlig, både blant de som bodde alene og de i partnerskap. I Taule et al (2015) sier en at hun ikke hadde noen å snakke med og var ute av stand til å fylle sine dager med aktiviteter som var meningsfulle for henne. Hun sa hun gjerne ville snakke med en psykolog.

«I intend to ask my GP about getting a referral to a psychologist, so I can sort out (emotional reactions). To live on, I need to sort out my depression»  
(Taule et al 2015, s.655)

## **4.2 Utmattet**

Mange opplevde å være sliten, føle seg utslitt eller å ha mangel på energi. (Kouwenhoven et al 2011 x 2, Townend 2010, Williams og Murray 2013, Eilertsen et al 2010). De fant rehabiliteringsprosessen utmattende,

“This is my daily life now, isn’t it? Now I am in completely new setting (...) There is no energy left. The energy we have; we spend on exercising” (Kouwenhoven et al 2011).

Å være utslitt og ha manglende energi var knyttet til evnen til å ta initiativ og vise utholdenhet. Flere av informantene beskrev mangel på initiativ og var ikke i stand til å gjøre aktiviteter de var vant til. Opplevelsen av manglende energi gjorde at informantene gav opp og gjorde liten innsats i å utføre ting (Kouwenhoven et al 2011, Williams og Murray 2013, Eilertsen et al 2010). De ble mer passive, var maktesløse og viste en «passiv

tilnærming». Noen opplevde tretthet som lammende. «I want to live, but I'm too tired!» (Kouwenhoven et al 2011, s.1733).

De mest repeterte emosjonelle reaksjoner var frustrasjon over å måtte reflektere og planlegge før du gjør, kjedsomhet og depressive følelser (Eilertsen et al 2010). Når de kom hjem og fant de ut at de ikke kunne utføre aktiviteter på samme måte, eller i det hele tatt, på grunn av deres endrede fysiske kapasitet ble de fortvilet. Nye rutiner måtte etableres og "nye måter å gjøre ting på" måtte læres (Williams and Murray 2013). Tretthet ble sett på som en trussel mot normalisering av hverdagen (Eilertsen et al 2010). Mindre fysisk energi gjort daglige gjøremål mer tyngende og var en årsak til bekymring. «I have no energy for anything...I rest a lot and I think I've become weakened» (Eilertsen et al 2010, s.2009).

## **4.3 God nok?**

### **4.3.1 Å miste seg selv**

Deltakerne beskrev en følelse av å miste seg selv som den personen de kjente. Erfaringer mellom forventninger og evne til å utføre forskjellige oppgaver var deprimerende. Dette førte til en følelse av å mislykkes og førte til stress og usikkerhet. For en deltaker var det av stor betydning å takle ulike oppgaver og situasjoner (Kouwenhoven 2011). Å klare en oppgave var det samme som «being someone».

Å være labil ble opplevd som å miste kontrollen over seg selv. En deltaker pleide å være en person som ikke viste sine følelser. Etter hjerneslaget var han lett påvirket og kunne begynne å gråte foran andre. Han opplevde dette som en trussel, og fryktet besøk (Kouwenhoven et al 2011).

Det er subjektive negative forestillinger om seg selv og deres uførhet som har størst betydning for de følelsesmessige reaksjonene. Det de føler om seg selv er et negativt selvbilde, resignert til situasjonene, selvopptatthet og devaluering av seg selv. Resultatene støtter en sammenheng mellom ikke-aksept av ens funksjonshemmede selv og depresjon.

En uttrykte opplevelsen av å være mindre i bruk for, og derfor mindre verdsatt. De ble mer selvkritiske:

«I have a bad relationship to myself because of all this. I feel a little damaged, sort of (...) I'm kind of not so happy about the person I've become. I sort of feel that I... like yesterday I felt like a... kind of geek. With poor balance and stuff».  
(Kouwenhoven et al 2011, s.8).

Emosjonelle reaksjoner syntes å ha en innvirkning på selvet, redusert selvtillit, mangel på kontroll og frykt. «I feel useless, I suppose...just useless». (Williams og Murray 2013, s.375). Depressive følelser ble beskrevet som tristhet, apati, ulykkelighet, bekymring, sorg og ønske om å dø. Etter hjerneslaget følte de at de ikke kjente seg selv lenger og de søkte en ny selvtillit. De sa de var «a different person» (Williams og Murray 2013, s.375).

#### **4.3.2 Å leve opp til tidligere roller**

Deltakerne følte seg moralsk forpliktet i husholdningen (som husarbeid, handle eller betale regninger) eller omsorgsroller (som å passe på barnebarn, gjøre oppgaver for ektefeller og lignende) (Townend et al 2010, Kouwenhoven et al 2011 x 2, White et al 2013, Eilertsen et al 2010, Williams og Murray 2013, Taule et al 2015).

Nesten hver eneste deltaker som var deprimert rapporterte at de “burde” og “skulle” fortsatt være i stand til å utføre og oppfylle sine roller. De følte seg ubrukelige. En sa om det å skulle passe på barnebarna: «I'd hate to think their life was looking after their old man... It's me who should be looking after them» (Townend et al 2010, s.560).

De uttrykte frykt for å være en byrde for sine familier, og de lette etter tegn fra sine kjære om at de var den samme personen de alltid hadde vært. Økende ambivalens dreide seg spørsmålet om de ville være i stand til å vende tilbake til sine liv som de hadde vært før slaget. Slaget representerte et skifte til et nytt liv. Tidligere tanker om hvem de hadde håpet å bli var nødvendig å bli omdefinert, og de spurte hva de hadde oppnådd i livet. Deres forståelse av seg selv som omsorgspersoner ble hovedsakelig forbundet med å gjøre, ikke med å være. (Eilertsen et al 2010).

#### 4.4 Møtet med helsepersonell

Informantene verdsatt og uttrykte et ønske om å samarbeide med empatiske fagfolk. At de tok seg tid til å lytte, gi trøst og være hyggelig var viktige terapeutiske kommunikasjonsferdigheter. Det vektlegges at helsepersonalet var entusiastiske, optimistiske og ga bekreftelse på at deltakerne gjorde treningen på riktig måte. Oppmuntringen førte til at informantene følte at deres behandling var en prioritet (Williams og Murray 2013).

Noen deltakere opplevde at de og terapeutene ikke var likestilt, og at de ikke følte seg respekterte. Idealet for vellykket rehabilitering og pasientens velvære var at terapeutene var engasjert i deltakerens resultat. Av og til følte det godt at de profesjonelle tok ansvar. Tillit ble imidlertid utfordret når de opplevde uhåndterlig press på hva de skulle gjøre (Taule et al 2015).

“They just had a plan of returning me back to work. It was their goal. When they repeated that every time we met, then I started to cry».

(Taule et al 2015, s.657).

Den profesjonelle holdningen og tilnærmingen til pasienten på denne måten, gjorde at hun følte seg utilstrekkelig og misforstått. Dette indikerer at behandlingen ikke var styrt av hennes behov. Dette kan gjøre at deltakerne føler seg hjelpeløs eller usikre på fremtiden, selv om de er enige med formålet med anmodningen.

(Taule et al 2015).

Fagfolks manglende kompetanse var en kilde til frustrasjon; for eksempel når deltakerne opplevde å bli diagnostisert feil. En kvinne forventet en klar anbefaling, men i stedet fikk hun tvetydig informasjon, som igjen bidro til usikkerhet om hennes situasjon (Taule et al 2015). Hun var veldig forvirret da hennes ergoterapeut og leger hadde ulike meninger og sa:

"It's very important to give the patient a feeling of security and knowledge about what to be done if this or that may occur".

(Taule et al 2015, s.657)



## 4.5 Håp

De beskrev livet som tomt og uten glede. Det var et liv uten farger, bare grått. Deltakere begynte å stille spørsmål ved deres tap og realisme i sine mål, men en rekke strategier ble identifisert av deltakerne som å ha en innvirkning på bedre humør: følelse av kontroll, refleksivitet, positivt perspektiv, motivasjon og sosial støtte (Kouwenhoven et al 2011).

Noen informanter viste en sterk følelse av kontroll, det vil si troen på at resultatene skyldes hovedsakelig sin egen innsats, og hadde ett ønske: "to beat this». Disse informantene var mindre avhengige av eksterne kilder for motivasjon (som terapeuter og familie) mot pågående resultat og var fokusert på aktiv atferd som "å lære å gjøre det igjen" (Eilertsen et al 2010).

Noen ba om åndelig hjelp: trodde på Gud, ba og besøkte ektefelles grav daglig. «As long as we stay in the truth...then nothing else worries me, nothing else concerns me». Noen uttrykte ambivalens om troen på Gud (Townend 2010). Tro var en faktor for følelse av aksept for endringer av rutiner og rolletap side hjerneslaget, og det ble uttalt «everything's for a reason...» (White et al 2014, s.1604).

Fagfolk ble tildelt en viktig rolle med hensyn til å veilede informantenes kroppslige utfordringer og hva de skulle våge å håpe på. Den profesjonelle individuelle måte å oppføre seg på og kommunisere, samt deres faglige kompetanse, ble ansett som viktig. Engasjement, innlevelse og likestilling var betydningsfullt. Dette fremmet informantenes tillit til fagfolkenes evne til å hjelpe dem med å veilede deres tilstand, de fikk følelser av å være empowered, og deres håp for fremtiden var resultat av mestring (Taule et al 2015). En mannlig deltaker fremhevet hvordan helseteam var viktig for å bygge håp i hans situasjon:

«They showed faith in positive development and supported me in that. It's important to convey that recovery can still happen, although the progress is slow»  
(Taule et al 2015, s.656)

Hans uttalelse understreker hvor viktig det er å dyrke tillit. Han satte pris på fagfolk som trodde på han og muligheten for fremgang, men han trodde også på deres evne til å forstå hans situasjon og gi nødvendig hjelp. I sin kamp for å gjøre deres situasjon forståelig og verdig, var følelse av håp den viktigste drivkraften (White et al 2014).

## **5. Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

#### **5.1.2 Valg av artikler**

Jeg brukte søkeord som jeg følte var relevante og som kom fra problemstillingen: Hvordan erfarer (life experience) pasienter depresjon (depression) etter hjerneslag (stroke)? I tillegg la jeg til «qualitative studies» da jeg visste at jeg var ute etter kvalitative studier. Jeg avgrenset til publiserte artikler mellom 2010-16, fulltekst og abstrakter. En ytre kvalitetsindikator er at artiklens struktur er undersøkt (Forsberg og Wengström 2013). Derfor la jeg vekt på at artiklene hadde IMRAD-struktur. Utgangspunktet mitt var å finne artikler som omhandlet de tre første månedene av rehabilitering. Dette måtte jeg se vekk ifra fordi forskningen var begrenset. En artikkel handler om rehabilitering i hjemmet og hvordan pasientene erfarer oppfølgingen av ergoterapeuter. Jeg har valgt å bruke denne, fordi den belyser hvordan pasientene ønsker å bli møtt av fagfolk. I tillegg fant jeg en om det å være avhengig av sykepleiere for å dekke grunnleggende behov på sykehus. Artiklene er relevante i forhold til det som var utgangspunktet, da mange av artiklene omhandlet et C-protein som kunne motvirke depresjon, livskvalitet, depresjon hos pårørende og kvantitativ forskning.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Fanget i egen kropp

Å være fanget var relatert til deprimerte følelser som tristhet, tap av glede, ubesluttsomhet, selvkritikk, tap av energi, endring i søvnmønster og selvmordstanker. De følte seg som ofre og at de hadde mistet seg selv etter slaget, noe som ble beskrevet som å være fanget i et annet liv (Kouwenhoven et al 2011).

De hadde en opplevelse av å være innesperret og «leve et liv på innsiden» og manglede tilrettelegging i samfunnet førte til at de ikke følte seg som en verdsatt del av samfunnet lenger. Wergeland et al (2010) beskriver at de kan oppleve en kroppslig fremmedgjøring, spesielt i møte med daglige gjøremål og i sosiale sammenhenger.

Som sykepleier er det viktig å sette seg inn i hvordan det kan føles å miste en del av seg selv. Det er umulig å vite, men man kan forstå at det er vondt. En måte å sette seg inn i situasjonen på, er å bruke innlevelse - tenke over hvordan en selv ville følt det i den gitte konteksten.

«Sykepleieren fordres til en form for «utleverhet», en sensitivitet, en sårbarhet, en emosjonell involvering som er nødvendig for å kunne sette seg inn i den andres situasjon» (Martinsen 2009, s.145).

De mest elementære tingene, som man egentlig ikke har ofret en tanke tidligere, blir uhåndterlige. Hvordan er det ikke å kunne skru av toppen på tannkremtuben? Noen har språkvansker – hvordan er det *egentlig* ikke å kunne uttrykke seg?

Vi må være klar over de ulike utfordringene og være ydmyke i møtet med disse pasientene. De er avhengige – avhengige av oss. Travelbee (2011) skriver at i vår kultur er det å være avhengig er det samme som å føle at en «ligger noen til byrde». De som er syke og lidende, er avhengige av andre og håper på hjelp fra dem - selv om de kanskje ikke har lyst å be om hjelp. Dette har sterk sammenheng til tillit. For at pasientene skal kunne godta hjelp fra oss, må vi gjøre oss fortjent til tillit. «Om tillit manglar er mykje av det ein elles gjer bortkasta (...). Når tillitrelasjonen er på plass er det en betre føresetnad for at

konteksten i seg sjølv kan bli terapeutisk» (Ekeland og Heggen 2008, s.45). Grunnen er at tillit smittar – tillit til andre gir rom for tillit til seg sjølv, til egne ressursar - til eigen kropp, om det er sjukdom som er situasjonen. Martinsen 2009 siterer Løgstrup hvor hun skriver om det å holde en annens tone i sin hånd. Vår oppgave er å ta vare på denne «tonen», noe som kan gjøre pasientens situasjon lettere å håndtere. En måte å gjøre det kan være å tilrettelegge slik at tilliten kan oppstå, for eksempel gjennom samtalen. Eide&Eide (2008) skriver at dens andre signaler – enten de er verbale eller nonverbale – skaper grunnlag for tillit og mistillit. «Tillit er et interaktivt og etisk fenomen, og det er sentralt i sykepleierens omsorg» (Martinsen 2009, s.136). Omsorgen vi utøver kan være å forstå pasientens behov og møte disse behovene på en hensiktsmessig måte.

Funn viser at ethvert fysisk behov hadde klare sammenhenger om psykologiske og følelsesmessige påvirkninger. Somatiske og emosjonelle dimensjoner var knyttet til forholdet mellom pasient og omsorgsperson (Kitson et al 2012). Erfaringer beskrev traumer, tap, angst, ydmykelse, forlegenhet og frykt for isolering av å være avhengig av andre for grunnleggende omsorg (Kitson et al 2012). Det er essensielt at vår holdning motvirker disse opplevelsene. Vår posisjon kan oppfattes autorisert og pasienten kan føle avmakt. Martinsen (2009) skriver om paternalisme hvor den profesjonelle handlemåten begrunnes med at det alltid er yrkesutøveren som vet hva som er til den andres beste, og at den annen part ikke tas hensyn til. «Gjennom den «tone» yrkesutøveren med sin holdning setter på relasjonen, blir den andre gjort maktesløs» (Martinsen 2009, s.145) Vi må derfor være bevisst på at vår fremtreden skal forme likeverd og ivareta pasientens autonomi.

Det kan gjøres ved at pasientene får gjøre det de selv har kapasitet til og kan klare. Det handler om at vi ikke presser dem i gitte situasjoner, men la pasienten gjøre ting i sitt eget tempo og eventuelt finne sine egne måter å mestre utfordringene på. Vi kan slik tilrettelegge for mestring. Vi må kontinuerlig vurdere hva den enkelte pasient er i stand til å greie selv, for på denne måten å tilpasse sykepleie til det. Det er finstemte og vanskelige faglige vurderinger (Kristoffersen et al 2011). Feilaktig eller mangelfull vurdering kan føre til at vi overtar for mye for pasienten. Likeledes kan en overvurdering av pasientens mestringsevne føre til at vedkommende tappes for unødige krefter. Denne balansen må vi finne fram til i nært samarbeid med den enkelte pasient (Kristoffersen et al 2011, s.27). Norsk Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleie skriver at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens integritet, derunder retten til helhetlig omsorg, til å være

medbesluttende og til ikke å bli krenket

(<https://rokildeush.files.wordpress.com/.../yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere.pdf>).

Hummelvoll (2010, s.184) skriver at sykepleieren møter deprimerte pasienter i mange sammenhenger, - også i somatiske sykehus. Sundeen (1983) i Hummelvoll (2010) hevder at depresjon finnes ved svært mange alvorlige kroppslige sykdommer. Man ser depresjoner hos pasienter som lider av nevrologiske sykdommer, men ofte blir de ikke oppdaget. Depresjon kan videre gi opphav til andre hindre som manglende mestring av livssituasjon, hjelpeløshet og meningsløshet.

Hovedmålene for sykepleiere er:

1) Å hjelpe pasienten å uttrykke og gjenkjenne følelser

Her gjelder det å knytte sammen fysiske og psykiske symptomer. Å gjøre dem bevisst på at det er naturlig å få depressive følelser - som en reaksjon på de fysiske begrensningene.

2) Å hjelpe pasienten til å møte og bearbeide følelsen av meningsløshet

Travelbee (2011) skriver at en av sykepleierens to hovedfunksjoner er å hjelpe enkeltindividet til å finne mening i sykdom og lidelse. Vi kan hjelpe dem til å bearbeide følelsene ved å være lyttende og realitetsorienterende.

3) Å styrke pasientens opplevelse av å ha kontroll over sin livssituasjon – og å finne ulike måter å håndtere depresjonens ulike konsekvenser.

Williams og Murray (2013) skriver at det vektlegges at helsepersonell var entusiastiske, optimistiske og ga bekræftelse på at deltakerne gjorde treningen på riktig måte.

4) Å styrke pasientens selvaktelse og tilknytning til andre mennesker (sosial støtte).

Vi er en viktig støttespiller for pasienten. Vår ydmyke væremåte kan fremme god selvfølelse for pasienten. Informantene verdsatt og uttrykte et ønske om å samarbeide med empatiske fagfolk. At de tok seg tid til å lytte, gi trøst og være hyggelig var viktige terapeutiske kommunikasjonsferdigheter (Williams og Murray 2013).

Utgangspunktet for arbeid med den deprimerte er å møte han som person, og hjelpe ham til å identifisere og bearbeide problemene i hans nåværende situasjon. Dette gjøres gjennom

samtaler, observasjon og informasjon fra andre enn pasienten. «For å få et helhetlig bilde av pasienten trenger sykepleieren å få kunnskaper om fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter i hans situasjon» (Hummelvoll 2010, s.184). En viktig forutsetning for all sykepleie er å se mennesket som en helhet. Det fysiske spiller inn på det psykiske og omvendt. Når man blir kroppslig avhengig av andre, vil det ha mye å si for psyken. Hvordan er det å måtte godta dette? Vil man kunne godta det, eller vil det alltid være en del av en som føler en viss form for krenkelse eller maktesløshet?

Sosial isolasjon var beskrevet som følelse av å være fanget. Vi må være klar over at sosial isolasjon kan være en konsekvens som kan oppstå. Det å informere pårørende om at isolasjon er en risikofaktor, kan gjøre de mer forberedt på å stille opp den første tiden. Vi kan informere om ulike foreninger for slagrammede, da det kan være godt å være i et fellesskap som bærer samme skjebne. Å forebygge isolasjon ved å støtte pasientene og oppmuntre til at de får bedre selvtillit er en viktig oppgave. Legge vekt på det positive, og hva de faktisk får til. Vi kan se og bekrefte fremgang, bedre enn pasienten som er omtåket av den nye livssituasjonen.

### **5.3 Utmattet**

Funn viser at mange opplevde å være sliten, føle seg utslitt eller mangle energi. (Kouwenhoven et al 2011 x 2, Townend 2010, Williams og Murray 2013, Eilertsen et al 2010). Sykepleieren må være bevisst på at rehabilitering krever mye av pasientene og at de har redusert kapasitet (Williams og Murray 2013). Funnene viser at utmattelse er en stor del av det å være rammet av hjerneslag. Det kan være en del av hjerneslaget, men også en del av depresjonen som Hummelvoll (2010) viser til.

På sykehus, rehabiliteringssentre og sykehjem kan vi legge til rette for at pasientene får nok hvile. Det kan være krevende nok for pasienten å komme seg opp og stelle seg på morgenen. Vi kan prøve å la pasienten få litt tid på seg etter frokost, før han skal trene med fysioterapeut eller ergoterapeut. Han bør også få hvile etter økten. Det er viktig at vi ikke presser pasienten til mer enn det han orker. Å sette opp en plan for uken, med timer til fysioterapeut og ergoterapeut, vil gjøre det enklere for både pasienten og personalet. Da kan pasienten forberede seg og vi kan legge inn hvile ut i fra planen.

Når de kom hjem og fant de ut at de ikke kunne utføre aktiviteter på samme måte, eller i det hele tatt, på grunn av deres endrede fysiske kapasitet oppstod fortvilelse. Nye rutiner måtte etableres og "nye måter å gjøre ting på" måtte læres (Williams and Murray 2013). Dette viser at sykepleiere må informere om konsekvenser av slaget og forberede dem på at det vil bli utfordrende å komme hjem. Vi kan komme med eksempel på at mindre fysisk energi gjør daglige gjøremål mer tyngende. Utmattelsen ble sett på som en trussel og mange tvilte på at rehabiliteringen ga resultat. Det å gjøre dem forberedt på realiteten og å støtte dem på at rehabiliteringen er en tidkrevende prosess er elementært.

#### **5.4 God nok?**

Informantene beskrev en følelse av å miste seg selv som den personen de kjente. Erfaringer mellom forventninger og evne til å utføre forskjellige oppgaver var deprimerende.

Det er subjektive negative forestillinger om seg selv og deres uførhet som har størst betydning for de følelsesmessige reaksjonene. Det de føler om seg selv er et negativt selvbilde, resignert til situasjonene, selvopptatthet og devaluering av seg selv (Kitson et al 2012). Resultatene støtter en sammenheng mellom ikke-aksept av ens funksjonshemmede selv og depresjon. Sykepleieren må vite at pasientene kan devaluere seg selv og ta funksjonshemmingen personlig. De blir mer selvkritiske og føler seg mindre verdsatt, og kan få et vanskelig forhold mellom seg selv og kroppen. Det at sykepleiere binder psykiske og fysiske aspekter sammen kan være gunstig for pasienten. En kan også bekrefte pasienten og være støtte til å gi pasienten ny selvtillit. Dette kan en gjøre ved å vinkle situasjonen til at «det kunne vært verre», prøve å gi pasienten gode opplevelser, som å mestre nye teknikker å gjøre ting på (for eksempel ved personlig hygiene eller ved måltid). Som tidligere nevnt kan en få til å åpne tannkremtuben selv, på ulike måter, for eksempel ved å holde tuben mellom bena, for så å skru av toppen med den «friske» hånden. Vi må kunne ulike teknikker og lære dem til pasientene.

Deltakerne følte seg moralsk forpliktet i husholdningen (som husarbeid, handle eller betale regninger) eller omsorgsroller (som å passe på barnebarn, gjøre oppgaver for ektefeller og

lignende) (Townend et al 2010, Kouwenhoven et al 2011 x 2, White et al 2013, Eilertsen et al 2010, Williams og Murray 2013, Taule et al 2015).

Rolletap er ikke konsekvens bare for pasienten selv, det gir også store konsekvenser for de pårørende. Et funn var at det ble krevd mer av pasienten enn det hun klarte, et annet var en pasient som satt mer pris på kona si nå enn noen gang tidligere. (Kouwenhoven et al 2011, White et al 2013). Vi må huske å ta vare på og inkludere de pårørende, ved for eksempel å orientere dem og gi informasjon ut i fra hva pasienten ønsker. For en ektefelle vil det være svært vanskelig å skulle kompensere for alt som tidligere har vært i forholdet. Nå ligger det en stor byrde på dem. Det kan oppstå splittende følelser, som frustrasjon over situasjonen og ønske om å gjøre alt i deres makt for at partneren skal få det best mulig.

Samlet opplevelse av rolletap fremhevet deltakerne følelser av lavere sosial funksjon og ensomhet over tid som forsterket følelsen av psykiske plager.

«I am basically like a cabbage sitting in a corner and that does annoy me».  
(White et al 2013:1604).

Slaget representerte et skifte til et nytt liv. Tidligere tanker om hvem de hadde håpet å bli var nødvendig å bli omdefinert. De spurte hva de hadde oppnådd i livet. Deres forståelse av seg selv som omsorgspersoner ble hovedsakelig forbundet med å gjøre, ikke med å være. (Eilertsen et al 2010, Kouwenhoven 2011).



## 5.5 Håp – i møte med helsepersonell

«Den profesjonelle sykepleierens rolle er å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse» (Travelbee 2010:117).

Det viste seg at manglende informasjon og kommunikative egenskaper skapte mistillit mellom pasient og sykepleier (Taule et al 2015). I følge Erikson springer håpet ut av et gunstig forhold mellom tillit og mistillit – en lærer å håpe dersom omgivelsene legger til rette for utviklingen av denne evnen (Travelbee 2010).

Siden håp er beslektet med tillit, forsøker sykepleieren å vise gjennom sin egen atferd at hun kan og vil hjelpe den syke når behovet oppstår. Informanter i Williams og Murray's (2013) studie beskriver at sykepleiere som tar seg tid til å lytte, gi trøst og være hyggelig er viktige terapeutiske kommunikasjonsferdigheter. Det vektlegges at en er entusiastisk, optimistisk og gir bekreftelse. Martinsen (2010) skriver at sykepleieren må være oppriktig interessert i den andre og dersom interessen oppleves som uekte, vil mistillit vekkes. Den profesjonelle individuelle måte å oppføre seg på og kommunisere, samt deres faglige kompetanse, ble ansett som viktig. Likeså engasjement, innlevelse og likestilling. Dette fremmet deltakernes tillit til fagfolkenes evne til å hjelpe dem med å veilede deres tilstand, de fikk følelser av å være empowered, og deres håp for fremtiden var resultat av mestring.

Resultatene støtter en sterk sammenheng mellom ikke-aksept av ens funksjonshemmede selv og depresjon. Som sykepleier er det vår oppgave å oppmuntre pasientene og gi informasjon om at det vil ta tid før man blir kjent med sin nye kropp. Det er subjektiv negative forestillinger om seg selv og deres tilstand (uførhet) som er mest viktig for å bestemme følelsesmessige reaksjoner. Sammenhengen mellom depresjon og negative kognisjoner som "jeg føler meg utilstrekkelig og hjelpeløs". (Townend et al 2010). Imidlertid vil det være avgjørende at pasientens håp og ønsker kobles sammen med en realistisk, men samtidig med en optimistisk holdning fra sykepleierens side med hensyn til sykepleiens muligheter (Hummelvoll 2010, s.45-46). Dette kan være ved å realitetsorientere pasienten, samtidig som å legge vekt på hva som fortsatt er mulig. Mange pasienter blir grepet av den tidlige rehabiliteringen, der det for mange kan være stor fremgang. Vi må forberede dem på at det ikke er sikkert at de kan gjenvinne all funksjon, da mange blir deprimerte når det innses.

Det er en kompleks prosess å hjelpe, støtte og assistere en som har hatt slag. Kirkevold (2013) skriver at i tillegg til å ha en bevarende og integrerende funksjon, har man en trøstende funksjon og en viktig støttende rolle i forhold til den slagrammedes prosess med å fortolke og forstå sin situasjon. Den levde erfaringen med depresjon etter hjerneslag er essensiell for sykepleie og er et utgangspunkt for trøst og støtte til den slagrammede (Kowenhoven og Kirkevold 2013). Ved å lære om hvor tyngende det er å bli avhengig, kan jeg møte pasientene med en forståelse som former likeverd.

Ikke alle uttrykte følelser var negative, en studie som beskriver deltakere som å oppdage «a sense of what it important in life». En følelse av håp kan dukke opp når deltagerne hadde akseptert eller gjenvunnet noe normalitet i rutiner eller engasjement og var "looking to the future" (Williams og Murray 2013, s.375). De som befinner seg i en avhengig posisjon der hjelp fra andre blir akseptert, har håp (Travelbee 2010, s.118).

Hvordan det subjektivt føles for pasienten kan være en fruktbar måte å nærme seg fenomenet depresjon. Det kan skape åpenhet i forhold til personen med og *bak* depresjonen. Ingen pasienter tilskriver lidelsen samme mening, så det er viktig å ta hensyn til den forståelseshorisont pasienten har i sin verden (Hummelvoll 2010, s.35). Det kan være å finne pasienten der han er og forsøke å finne ut hva som ga mening før depresjonen. Å hjelpe noen med å mestre psykiske forstyrrelser uten å hjelpe dem å finne deres egen mening i disse opplevelsene er vanskelig. «Det krever at sykepleiere definerer personer som sin oppgave – ikke forstyrrelse eller sykdom» (Hummelvoll 2010, s.35).

## 6. Konklusjon

Resultatene viser at depresjon etter hjerneslag blir beskrevet som en følelse av å være fanget, utmattet, miste seg selv og tap av tidligere roller. Jeg viser dette ved 5 kategorier: (1) Fanget i egen kropp, (2) Utmattet, (3) God nok?, (4) Møtet med helsepersonell og (5) Håp.

Traumer av en endret kropp gav følelsesmessige reaksjoner. De føler seg innesperret, og kroppen oppleves som fremmed og upålitelig - spesielt i møte med daglige gjøremål og i sosiale sammenhenger. Å føle seg fanget i et annet liv var relatert til tristhet, tap av glede, ubesluttsomhet, selvkritikk, tap av energi, endringer i søvnmønster og selvmordstanker.

Avhengighet var relatert til depressive følelser, som deretter førte til ytterligere tilbaketrekning fra verdsette roller. Ethvert fysisk behov (som eliminering, personlig hygiene og spise og drikke) ga klare beretninger om psykologiske og følelsesmessige påvirkninger (ydmykelse, mangel på verdighet og tillit). Erfaringer beskrev traumer, tap, angst, ydmykelse, forlegenhet og frykt for isolering av å være avhengig av andre for grunnleggende omsorg.

Deltakere opplevde kognitive endringer knyttet til konsentrasjon og hukommelse. En studie skriver om en som ville beskytte seg fra samfunnet og valgte isolasjon fremfor sosiale fellesskap. Sorg og ensomhet knyttet til tap av kontakt med andre var vanlig, både blant de som bodde alene og de i partnerskap.

Det viste seg at det var et gjengående tema å være utmattet. Når de kom hjem og fant de ut at de ikke kunne utføre aktiviteter på samme måte, eller i det hele tatt, på grunn av deres endrede fysiske kapasitet ble de fortvilet.

Å miste seg selv var subjektive negative forestillinger om seg selv og deres uførhet som har størst betydning for de følelsesmessige reaksjonene. Det de føler om seg selv er et negativt selvbilde, resignert til situasjonene, selvopptatthet og devaluering av seg selv. Dette hadde en sterk sammenheng med følelsen av ikke å kunne oppfylle tidligere roller. Nesten hver eneste deltaker som var deprimert rapporterte at de "burde" og "skulle" fortsatt være i stand til å utføre og oppfylle sine roller.

De opplevde at oppfølging, tilgang til tjenester og informasjon var begrenset blant profesjonelle fagfolk, og noen deltakere var usikre på hvordan de får tilgang til tjenester som tilrettelegging i hjemmet, hjemmetjenesten eller ytterligere informasjon. Dersom behandlingen blir standardisert og ikke styrt av pasientenes behov, fører det til at pasientene føler seg hjelpeløse og usikre på fremtiden. Deltakerne verdsatt og uttrykte et ønske om å samarbeide med empatiske fagfolk, som tok seg tid til å lytte, gi trøst og være hyggelige. Det vektlegges at de var entusiastiske, optimistiske og ga bekræftelse. Oppmuntringen førte til at deltakerne følte at deres behandling var en prioritet og det ga håp.

Det er relativt lite kvalitativ forskning rundt temaet å leve med depresjon etter hjerneslag. Mange av artiklene erkjenner også dette. Det er ønskelig å ha mer fokus rundt temaet, da depresjon kan være vanskelig å oppdage – i og med det er så stort fokus på den fysiske rehabiliteringen. Det er dermed relevant å opprette retningslinjer som styrer sykepleiere til å være oppmerksomme på symptomene på depresjon.

## Litteraturliste

- Eilertsen, G., Kirkevold, M. og Bjørk, I. T. (2010) *Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women*. I: Journal of Clinical Nursing.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. I: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Forfattarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Heggen, K og Ekeland, T.J. (2008). *Mestring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2010). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kouwenhoven, S. E. og Kirkevold, M. (2013) *Å leve med depresjon etter hjerneslag*. I Sykepleie Forskning vol.4
- Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K., Biong, S. og Kim, H. S. (2011) *The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective*. I: International Journal Qualitative Stud Health Well-being vol.6
- Kouwenhoven, S. E., 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*. I: Journal of Advanced Nursing vol.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (2011) *Grunnleggende sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (2011) *Grunnleggende sykepleie bind 2*. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag.

- Malt, U. F., Retterstøl, N. og Dahl, A. A. (2010) *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (2009). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Robinson-Smith, G. (2004). *Verbal Indicators of Depression in Conversations With Stroke Survivors*. I: *Perspectives in Psychiatric Care* vol.40.
- Taule, T., Strand, L. I., Skouen, J. S. og Råheim, M. (2015). *Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation*. I: *Scandinavian Journal of Caring Science*.
- Townend, E., Tinson, D., Kwan, J. og Sharpe, M. (2010) "*Feeling sad and useless*": *an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke*. I: *Clinical Rehabilitation* vol. 24
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/organisering/langtidsoppfoing-samhandling> [online 03.05.16]
- [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL\\_3?q=forskrift om habilitering og rehabilitering#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_3?q=forskrift%20om%20habilitering%20og%20rehabilitering#KAPITTEL_3) [online 04.05.16]
- <https://rokildeush.files.wordpress.com/.../yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere.pdf> [Online 18.05.16]
- Wergeland, A., Ryen, S. og Ødegaard-Olsen, T. G. (2010) *Sykepleie ved hjerneslag*. I: Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. *Klinisk sykepleie* bind 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 261-283.

- White, J., Dickson, A., Magin, P., Tapley, A., Attia, J., Sturm, J. og Carter, G. (2014) *Exploring the experience of psychological morbidity and service access in community dwelling stroke survivors: a follow-up study*. I: Disability and Rehabilitation – An international, multidisciplinary journal vol.36.
- Williams, S. og Murray, C. (2013) *The experience of engaging in occupation following stroke: a qualitative meta-synthesis*. I: British Journal of Occupational Therapy vol.76

## Søketabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroke</li> <li>• Depression</li> <li>• Life experience</li> </ul>	7/01-16	CinahlComplete	1	1	1	1 (Kouwenhoven et al 2011)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroke</li> <li>• Depression</li> <li>• Life experience</li> <li>• Qualitative studies</li> <li>• PSD</li> </ul>	16/03-16	GoogleScholar	531	18	9	3 - (Williams and Murray 2013) - (Kitson et al 2012) - (Taule et al 2015)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroke</li> <li>• Life experience</li> <li>• Norwegian women</li> </ul>	23/03-16	GoogleScholar	1256	1	1	1 (Eilertsen et al 2010)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroke</li> <li>• Depression</li> <li>• Life experience</li> <li>• Qualitative studies</li> </ul>	16/03-16	Oria	169	4	3	1 (Kowenhoven et al 2011)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroke</li> <li>• Depression</li> <li>• Life experience</li> <li>• Qualitative</li> </ul>	17/03-16	PubMed	71	5	2	2 - (White et al 2013) - (Townend et al 2010)



## Litteraturmatriser

REFERANSE	HENSIKT/ Problemstilling	METODE	RESULTAT/FUNN/DISKUSJON	RELEVANS FOR MIN STUDIE
<p>«Feeling sad and useless»: an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke.</p> <p>Ellen Towned, Deborah Tinson, Joseph Kwan and Michael Sharpe.</p> <p>Clinical Rehabilitation 2010;24. NSD krit 1.</p>	<p>Å studere sammenhengen av aksept av uførhet med depresjon etter hjerneslag og dens evne til å forutsi depresjon.</p>	<p>En prospektiv kohort-studie av kvantitativ og kvalitativ studier ble brukt. Pasienter innlagt på en slagenhet ble fulgt opp ni måneder etter hjerneslaget. Depressiv lidelse ble vurdert ved hjelp av et strukturert klinisk intervju. Funksjonshemming og aksept av nedsatt funksjonsevne ble målt ved bruk av selvrapporteringskalaer. En måned etter hjerneslaget, deltok 60 deltakere også i et åpent intervju om sine individuelle bekymringer om å få slag og deres svar ble analysert kvalitativt.</p>	<p>Resultatet gav at en tredjedel av deltakerne så ut til å ha depresjon 29/83; 33% etter en måned og 24/81, 30% etter ni måneder. Ikke aksept av uførhet ble forbundet med depresjon for alder, kjønn, slagets alvorlighetsgrad og nåværende uførhet på en måned og ni mnd. Også ikke-aksept av funksjonshemming målt på én måned uavhengig av depresjon målt til ni måneder. De kvalitative funn illustrert en selvbredelse og ikke-aksept av uførhet. Pasienter med depresjon sa ofte at de «burde fortsatt være i stand til..». Noen ganger refererte de seg som "ubrukelig"; mens pasienter som ikke var deprimert vanligst rapporterte å ha akseptert uførhet som konsekvens av hjerneslaget.</p>	<p>Disse funnene tyder på at personlige oppfatninger om å akseptere funksjonshemming er forbundet med en emosjonell tilpasning som følge av hjerneslag.</p> <p>Dette er relevant for min oppgave fordi det å akseptere kroppens endringer etter et hjerneslag er en stor emosjonell utfordring.</p>

REFERANSE	HENSIKT/ PROBLEMSTILLING	METODE	RESULTAT/FUNN/ DISKUSJON	RELEVANS FOR MIN STUDIE
<p>«Living a life in shades of grey»: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke.</p> <p>Siren E. Kouwenhoven, Marit Kirkevold, Knut Engedal &amp; Hesook S. Kim</p> <p>Journal of advanced nursing.</p> <p>17. Sept. 2011.</p>	<p>Målet med denne studien var å beskrive levd erfaring av slagrammede som lider av depressive symptomer i akutfasen; svar på følgende spørsmål: (a) hvordan oppleves depresjon av slagpasienter i akutfasen? (b) Hvordan er det å leve med depresjon i løpet av de første ukene etter hjerneslag?</p>	<p>Metoden av denne kvalitative studien er forankret i hermeneutisk fenomenologi, inspirert av van Manen og Ricoeur. En beskrivende, kvalitativ metode ble brukt til å anvende dybdeintervjusom datainnsamling med ni deltakere. Datainnsamlingen ble gjennomført i 2008.</p>	<p>Funnene avdekket to hovedtemaer som genererer følelsen og beskrivelsen "å leve et liv i nyanser av grått": (a) bli fanget og (b) å miste seg selv. "Nyanser av grått" kan forstås som å være innesperret i en ny livsverden og å miste seg selv som den personen de kjente.</p>	<p>Deltakerne bekreftet å lide av depressive symptomer, men depresjon ble ikke sett på som det viktigste. Deltakerne relaterte sine erfaringer med depresjon i den akutte fasen med de tapene de opplevde.</p> <p>Dette er relevant for min studie fordi sykepleiere bør ta hensyn til den dybden av forandringer i livet som slagrammede opplever. Det viser at det fortsatt er behov for empirisk forskning på hvordan sykepleiere kan hjelpe og støtte slagrammede som lider av depressive symptomer etter hjerneslag og hvordan depressive symptomer utvikler seg over tid.</p>

REFERANSE	HENSIKT/ PROBLEMSTILLING	METODE	RESULTAT/FUNN/ DISKUSJON	RELEVANS FOR MIN STUDIE
<p>Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women</p> <p>Grete Eilertsen, Marit Kirkevild and Ida Torunn Bjørk</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>21. July 2010. Vol. 19</p>	<p>For å belyse eldre kvinners erfaringer og rehabiliteringsprosessen etter et hjerneslag.</p> <p>Bakgrunn: Pasienter kan ha alvorlige utfordringer knyttet til kroppslige endringer, eksistensielle aspekter og hverdagen etter hjerneslag. Få kvalitative longitudinale studier har undersøkt rehabiliteringsprosessen fra pasientens perspektiv. Kunnskap om eldre kvinners erfaringer med å mestre livet etter et hjerneslag er begrenset.</p>	<p>Designet er et prospektivt, longitudinell, case-studie.</p> <p>Metode: Seks kvinner i alderen 68-83 som lider av første gangs hjerneslag ble rekruttert fra to slagenheter. Hver deltaker ble dybdeintervjuet 12-14 ganger i løpet av de to første årene etter hjerneslaget. Intervjuene handlet om hvordan de opplevde sin kropp, deres selvforståelse, dagliglivet og hvordan dette endret seg over tid. De fleste intervjuene fant sted i deltakernes hjem.</p> <p>Analysene ble satt i lys av Gadamer filosofiske hermeneutikk.</p>	<p>Utfallene etter hjerneslag var komplekse og utviklet seg gjennom fire forskjellige faser. I den første fasen (0-2 måneder etter slaget), deltakerens største bekymring var deres kroppslige endringer; i den andre fasen (2-6 måneder), aktiviteter i dagliglivet; i den tredje fasen (6-12 måneder), selvforståelse og i den fjerde fasen (12-24 måneder), gå videre med livet. Det var gradvise overganger mellom fasene.</p>	<p>Resultatet fra hjerneslag utvikler seg over tid gjennom fire distinkte faser, som varierer avhengig av betydelige erfaringer og tilhørende betydninger.</p> <p>Dette er relevant for min studie fordi de fire fasene beskriver utfordringer som kan være vanskelige for den deprimerte.</p> <p>Dette viser også hvordan rehabiliteringens emosjonelle stadier utvikler seg over tid.</p> <p>Det er viktig for en sykepleier å vite at en slagrammet ikke trenger å være deprimert i den akutte fasen, men også når pasienten kommer hjem. Psykologiske og sosiale ressurser er av vesentlig betydning i kvinnenes prosess med rehabiliteringen etter hjerneslaget.</p> <p>Resultatene tyder også på hvilke områder som krever økt terapeutisk oppfølging. Psykologiske og sosiale ressurser må aktualiseres i en tidlig fase lik kroppslige ressurser. Denne kunnskapen kan hjelpe fagfolk/sykepleiere i å tilby tilstrekkelig hjelp i og utover rehabiliteringsperioden.</p>

REFERANSE	HENSIKT/ PROBLEMSTILLING	METODE	RESULTAT/FUNN/ DISKUSJON	RELEVANS FOR MIN STUDIE
<p>The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective</p> <p>Siren E. Kouwenhoven, Marit Kirkevold, Knut Engedal, Stian Biong &amp; Hesook S. Kim</p> <p>International Journal Qualitative Stud Health Well-being 2011, Vol.6.</p>	<p>Målet med studien var å beskrive levd erfaring av overlevende etter hjerneslag som lider av tidlige depressive symptomer og hvordan det utvikler seg over tid.</p>	<p>Studien presenterer en fenomenologisk hermeneutisk intervjustudie av ni deltakere 6, 12 og 18 måneder etter hjerneslaget.</p>	<p>Deltakerne relaterte depressive symptomer til konsekvensene av hjerneslaget. Opplevelsen av tapet var avgjørende. Våre funn avdekket tre essensielle erfaringer: (1) å finne et verdifullt liv; (2) å være innesperret i et annet liv; og (3), som å kjempe for å gjenvinne sitt selv.</p> <p>To grupper av slagrammede er spesielt sårbare og bør få spesiell oppmerksomhet: (a) eldre som bor alene; og (b) voksne som opplever alvorlige trusler mot sine forpliktelser som arbeid, familie og barn.</p>	<p>Dette er relevant for min studie fordi dette viser at depressive symptomer har en alvorlig innvirkning på livet etter hjerneslag. Livssituasjon, grad av funksjon etter et slag, og sosial sammenheng ble funnet å påvirke deres liv.</p> <p>Det viser at vi som sykepleiere må være ekstra oppmerksomme på de eldre som bor alene og de voksne som har utfordringer knytt til sin rolle i forhold til arbeid og sitt familieliv, i vår kliniske praksis i oppfølgingen.</p> <p>Flere studier som undersøker opplevelsen av depresjon etter hjerneslag over tid, og sammenhengen mellom depressive symptomer og tap er nødvendig. Det er også behov for fortsatt empirisk forskning på identifisering av effektive tiltak som tar sikte på å forebygge eller bedre tiltak mot depresjon etter hjerneslag.</p>

REFERANSE	HENSIKT/ PROBLEMSTILLING	METODE	RESULTAT/FUNN/ DISKUSJON	RELEVANS FOR MIN STUDIE
<p>Exploring the experience of psychological morbidity and service access in community dwelling stroke survivors: a follow-up study</p> <p>Jennifer White, Alexandra Dickson, Parker Magin, Amanda Tapley, John Attia, John Sturm, and Gregory Carter</p> <p>Disability and Rehabilitation 31. January 2014 Vol.36</p>	<p>Depresjon forekommer i en tredjedel av slagrammede med tilsvarende risiko for utvikling på tvers av akutt og lengre perioder. Kunnskap om faktorer som påvirker psykisk sykkelighet utover det første året etter hjerneslag kan informere langsiktige tiltak og bedre samfunnstjeneste tilgang for slagrammede. Denne studien forsøkte å identifisere den fysiske og psykososiale fungeringen for slagrammede utover 12 måneder etter hjerneslag. Kvalitative studier utforsket erfaringer med psykiske sykkelighet.</p>	<p>En tverrsnitts oppfølging av deltakere fra en prospektiv kohortstudie. I denne studien ble pasienter fulgt opp til fem år etter slaget. Datagenerering og analyse gikk samtidig og ble analysert tematisk, en prosess med konstant sammenligning.</p>	<p>Vårt utvalg inkludert 14 deltakere i alderen 58-89 år på et gjennomsnitt på tre år etter slag (variasjon 18 måneder til fem år). Våre kvalitative temaer som var sentrale dukket opp som følger: fysiske konsekvenser for psykologisk sykkelighet, opplevelsen av psykiske plager, faktorer som svekkende tjenester.</p>	<p>Relevansen for min studie er at «psykologisk sykkelighet» vedvarer utover 12 måneder etter hjerneslag. Samfunnets tilretteleggelse har betydelig innflytelse på sosial deltakelse.</p> <p>Studien viser et behov for psykologisk oppfølging – både under pågående rehabilitering og langsiktig. Rehabiliteringen må ta føre seg uførhet, men også samfunnsdeltakelse og sosial støtte.</p>

REFERANSE	HENSIKT/ PROBLEMSTILLING	METODE	RESULTAT/FUNN/ DISKUSJON	RELEVANS FOR MIN STUDIE
<p>The experience of engaging in occupation following stroke: a qualitative meta-synthesis</p> <p>Shoshannah Williams and Carolyn Murray</p> <p>Critical review, August 2013 Vol. 76</p> <p>NSD – 1.</p>	<p>En meta-syntese er en metode for å trekke ut data fra flere kvalitative studier om samme tema, re-analysere funnene og slå dem sammen til en kollektiv helhet. Data fra seks kvalitative studier ble hentet ut og analysert, med det formål å få en større forståelse av den subjektive opplevelsen av ergoterapiens praksis.</p>	<p>En meta-syntese er en metode for å trekke ut data fra flere kvalitative studier om samme tema, re-analysere funnene og slå dem sammen til en kollektiv helhet. Data fra seks kvalitative studier som undersøkte opplevelsen av å delta i gjenvinningen etter hjerneslag ble hentet ut og analysert. Seks databaser ble systematisk undersøkt for litteratur utgitt på engelsk i løpet av 1990-2011. Syv studier ble utbygd med Critical Appraisal Skills Programme's verktøy; Seks av disse ble inkludert i meta-syntesen.</p>	<p>Fem konseptuelle temaer dukket opp fra gjennomgangen: en følelsesmessig reaksjon, innvirkning på identitet, rolle av signifikante andre, samfunnets tilgang og prosessen med yrkestilpasning.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave fordi den syner t.d. at engasjement i aktiviteter etter hjerneslag er knyttet til selvidentitet og en følelsesmessig reaksjon; begge disse har en innvirkning på kapasiteten for ens tilpasning. Enkeltpersoner blir avhengig av signifikante andre og samfunnet. Funnene gir sykepleiere større innsikt i opplevelsen av slag for eldre mennesker.</p>

REFERANSE	HENSIKT/ PROBLEMSTILLING	METODE	RESULTAT/FUNN/ DISKUSJON	RELEVANS FOR MIN STUDIE
<p>Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation</p> <p>Tina Taule, Liv Inger Strand, Jan Sture Skouen and Målfrid Råheim</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Science</p> <p>2015</p>	<p>For mild til moderat slagrammede, foretrekkes tidlig støtte etter utskrivning fra sykehus, etterfulgt av hjemme rehabilitering fremfor konvensjonell omsorg. Målet med denne studien var å undersøke mild til moderat slagrammede erfaringer med hjemme rehabilitering etter tidlig støtte etter utskrivning fra sykehuset.</p>	<p>Et kvalitativ fortolkende intervju ble brukt i sammenheng med en randomisert kontrollert studie. Et målrettet utvalg av åtte deltakere (45-80 år) ble etterfulgt av et ambulans team, og et bestemt helseteam gitt hjemme rehabilitering. Data ble analysert ved hjelp av fortolkende beskrivelse, systematisk tekstkondensering og mestrings teori.</p>	<p>Et viktig tema for deltakerne er håpet på et liv verdt å leve. Gjensidig tillit uttrykt i møte med helsepersonell og deltakernes evne til å godta og kontrollere sin forandrede kropp var vesentlig. De profesjonelles kommunikasjonsegenskaper og evne til å ivareta den enkeltes behov var viktig. Hjelp i behandling av følelsesmessige reaksjoner forårsaket av en endret kropp og i sosialt samvær ble forespurt av deltakerne. Profesjonelle, ved å gi hjemme rehabilitering bør bestrebe seg på en mer fleksibel og individuelt tilpasset service og bør søke økt samarbeid mellom faggrupper.</p>	<p>Dette er relevant for min oppgave fordi det viser et økt fokus fagpersoners kommunikative kvaliteter. Noen av deltakerne uttrykte at det kunne påvirke livskvaliteten. Det å håndtere kroppslige endringer var en emosjonell prosess og skapte sosiale utfordringer. Langsiktig oppfølging bør økes for å oppnå en mer gunstig opplevelse for slagrammede.</p>

REFERANSE	HENSIKT/ Problemstilling	METODE	RESULTAT/FUNN/DISKUSJON	RELEVANS FOR MIN STUDIE
<p>Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis</p> <p>Alison L. Kitson, Clare Dow, Joseph D. Calabrese, Louise Locock, Åsa Muntlin Athlin.</p> <p>2013.</p>	<p>Å gi grunnleggende omsorg (f.eks eliminering, personlig hygiene, spise,) må være mer pasientsentrert. Det er ikke mulig å undersøke pasientens verdighet og respekt uten å anerkjenne disse grunnleggende fysiske behov. Mens litteraturen på omsorg for mennesker med hjerneslag er omfattende, har ingen studier hittil beskrevet slagrammede erfaringer med alle disse grunnleggende behovene i perioden på sykehuset.</p>	<p>Sekundær-analyse av kvalitative data som bunner i en fortolkende fenomenologi. Deltakere: Femten slagrammede med innleggelse i sykehus erfaringer fra flere helsevesen og helsepersonell over hele Storbritannia ble inkludert. Metode: En sekundær tematisk analyse av primær narrative intervjudata av slagrammede.</p>	<p>Overlevende av slag har levende og ofte plagsomme minner om sine erfaringer med den grunnleggende omsorgen gitt på sykehus. For hver beskrivelse av et fysisk behov (eliminering, spise og drikke, personlig hygiene) var det klare beretninger om den psykososiale og emosjonelle virkningen (ydmykelse, nød, mangel på verdighet, gjenvinning, tillit). Knyttet til somatiske og emosjonelle dimensjoner var fortellinger rundt forholdet mellom pasient og omsorgsperson (sykepleier, lege, alliert helsepersonell) positive minner om den grunnleggende omsorg var mindre tydelig enn mer vonde opplevelser. Konsistente trekk ved positive erfaringer som følger med: slagrammede som beskriver hvordan de fysiske, psykiske og relasjonelle dimensjoner av omsorg ble integrert og koordinert rundt deres spesielle behov. De rapporterte følelse involvert i å sette oppnåelige mål å gjenvinne kontrollen over sine kroppslige funksjoner og få en følelse av personlig integritet og en følelse av selvtillit. Sosiologiske konstruksjoner som biografisk avbrudd og tap av selvtillit ble funnet å være relevante for slagrammede erfaringer. Faktisk kan slike konstruksjoner være mer knyttet til avbrudd av slike grunnleggende aktiviteter i stedet for opplevelsen av selve sykdommen.</p>	<p>Vi anbefaler mer praktiske og integrerte tilnærminger ved å forstå og møte de fysiske, psykiske og relasjonelle behov hos slagrammede pasienter i sykehus. Det kan føre til mer opplevelser av pasientsentrert omsorg. Disse tre dimensjonene må sameksistere i enhver omsorgsstund.</p> <p>Dette er relevant for min oppgave fordi studien sier at det ikke er nok å dekke fysiske behov. Ved ethvert grunnleggende behov, viste det seg å ha en psykologisk side.</p> <p>Det er også relevant fordi den viser til at sykepleiere må tilnærme seg på en slik måte at pasienten føler seg verdig og ivaretatt.</p>