

SPL3902

07HBSPLH

Bachelor oppgave i sykepleie

Kandidatnummer 722

Depresjon etter slag – en undervurdert diagnose?

Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge depresjon hos pasient som har hatt apoplexia cerebri?



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, mai 2010

Antall ord: 10 172



SAMMENDRAG

Oppgave/eksamen: Avsluttende eksamen i sykepleie

Kull 07HHBLSPLH

Kandidatnr: 722

Dato: 10.05.2010

Norsk problemstilling :

Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge depresjon hos pasient som har hatt apoplexia cerebri?

English title: How may nurses contribute to prevent depression after stroke?

Sammendrag:

Oppgaven handler om hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge depresjon hos pasienter som har hatt apoplexia cerebri, en sykdom som for mange endrer livet radikalt. Vi ønsker med oppgaven å sette fokus på helhetlig sykepleie og på at sykepleier kan bidra til å styrke slagpasienters psykiske helse ved å være et medmenneske som tar i bruk sykepleiefaglige teknikker for å skape håp og optimisme. Først har vi kartlagt enkelt sykdomslæren rundt apoplexia cerebri. Deretter definert depresjon, rehabilitering og forebygging, samt fortalt noe om konsekvensene av depresjon. Vi presenterer sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Joyce Travelbee, og Aaron Antonovskys teori om sense of coherence. Vi har forsøkt å bruke disse teoriene som grunnlag for hvordan sykepleieren bør tenke og løse problemstillingen. Psykologen Keith Nichols teori om emosjonell pleie gir oss praktiske råd om hvordan vi bør arbeide forebyggende. I tillegg har vi brukt en

del forskningsartikler som har vist veier vi bør gå. Ut fra dette har vi gitt en besvarelse på hvordan sykepleiere bør tenke og handle i det forebyggende arbeidet mot depresjon.

Nøkkelord: stroke, apoplexia, preventing depression, psychoterapy, nursing og psychosocial rehabilitation

Innhold

INNHold	4
1. INNLEDNING	6
1.1 Presentasjon av problemstilling	7
1.2 Begrunnelse for valg av tema	7
1.3 Avgrensing av oppgaven	8
1.4 Oppgavens oppbygning.....	9
2. METODE	11
2.1 Valg av metode.....	11
2.2 Kildekritikk – sterke og svake sider ved metoden.....	12
2.3 Valg av teori	13
3. HJERNESLAG.....	15
3.1 Hva er hjerneslag?.....	15
3.1.2 Fysisk behandling av hjerneslag	16
3.1.3 Konsekvenser av hjerneslag	17
3.1.4 Forebygging.....	19
3.1.5 Rehabilitering.....	21
3.2 Hva er depresjon?	22
3.2.1 Konsekvenser av depresjon hos pasient som har hatt hjerneslag	22
4. HVA ER SYKEPLEIE?.....	25
4.1 Kari Martinsen – omsorgsteori i praksis	25
4.2 Joyce Travelbee – å finne mening i lidelsen	27
4.2.1 Travelbees teori.....	28
4.3 Håp og livsmot.....	30
4.4 Aaron Antonovskys sense of coherence	32
4.4.1 Sense of coherence i praksis.....	34
5. SYKEPLEIERS METODE FOR Å FOREBYGGE DEPRESJON	36
5.1 Emosjonell pleie	37
5.2 Krise eller mestring?	39
5.3 Kurs og gruppesamtaler	41
6. KONKLUSJON	43

7.	ETTERORD.....	45
7.1	Prosessevaluering.....	45
7.2	Produktevaluering.....	46
	LITTERATURLISTE.....	477

1. INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven handler om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å hindre depresjon i å utvikle seg hos pasienter som har hatt et hjerneslag, apoplexia cerebri. Grunnen til at vi ville skrive om dette er personlige erfaringer i møte med pasienter. Vi har sett hvor stor innvirkning denne alvorlige sykdommen kan ha på det enkelte menneske. Ved å belyse problemstillingen ønsker vi å lære mer om hvordan vi som sykepleiere kan bistå pasienter psykisk, parallelt med den fysiske rehabiliteringen. Vi håper vi kan formidle noe av denne kunnskapen videre, slik at det forebyggende arbeidet mot depresjon kan få større plass på institusjonene.

Vi har søkt å finne arbeidsmetoder og strategier som sykepleier kan benytte i dette forebyggende arbeidet. De arbeidsmetoder vi har funnet støttes av sykepleieteorier som vi presenterer i oppgaven.

Vi har hatt god dialog med flere ressurspersoner innenfor rehabilitering, slik som psykiatrisk sykepleier ved Nevroklinikken ved Akershus universitetssykehus HF og ved rehabiliteringsklinikken ved Sykehuset Innlandet Gjøvik (Solås). Vi hospiterte en dag på Ahus, og hadde en nyttig og informativ samtale med både psykiatrisk sykepleier og nevropsykolog.

Psykiatrisk sykepleier har lest og godkjent sitatene.

Vi deltok på Nasjonalt fagseminar om hjerneslag i mars i Øyer, der vi knyttet flere kontakter. Blant annet med leder av redaksjonskomiteen for den nye *Nasjonale retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* (Helsedirektoratet 2010), professor og overlege Bent Indredavik ved St. Olavs hospital i Trondheim. De nye retningslinjene forelå 15. april i år, slik at vi har kunnet hente relevant litteratur derfra.

Vi vil også trekke inn noen pasientfortellinger i oppgaven, erfaringsbasert kunnskap fra våre 50 uker i praksis i løpet av utdanningen.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Vi har valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge depresjon hos pasient som har hatt apoplexia cerebri?”

Vi vil forsøke å besvare problemstillingen ved å presentere teori fra et naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og sykepleievitenskapelig perspektiv. Dermed får vi belyst hovedbegrepene i problemstillingen, som er *sykepleier, forebygging, depresjon og apoplexia cerebri*, og vi har prøvd å finne mest mulig kunnskap om disse til oppgaven.

Vår problemstilling er relevant og stiller et faglig interessant spørsmål. Dette støttes av samtlige ressurspersoner vi har snakket med. Den er kort og presis siden den omhandler en spesiell, men stor pasientgruppe. Problemstillingen er også relevant for andre somatiske sykdommer. Den er dessuten aktuell i forhold til vår utdanning, siden den omhandler både fysisk og psykisk helse – ved å svare på spørsmålet vil vi vise at sykepleiere bør se ”det hele mennesket”.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Det er både faglige og personlige grunner til at vi har valgt temaet. Vi har møtt pasienter i praksis som vi gjerne skulle ha hjulpet mer på det psykiske planet. Aldersspennet er stort, konsekvensene av sykdommen varierte og svært utfordrende, både for individ og samfunn. I tillegg synes vi at helhetlig sykepleie er viktig og spennende å jobbe med, siden fysisk og psykisk helse ikke kan ekskludere hverandre. Vårt valg av teoretikere gjenspeiler dette.

Hensikten med oppgaven er primært å finne metoder sykepleier kan benytte for å forebygge depresjon. Sekundært avdekke at sykepleiers arbeid med forebygging av depresjon effektiviserer den fysiske rehabiliteringsprosessen hos slagpasienter som vil få redusert lidelse, samt spare tid og ressurser.

Personalet ved rehabiliteringsavdelingene i Gjøvik (Solås), ved Ahus og Ringsaker bo- og servicesenter ønsker alle kopi av denne bacheloroppgaven, noe som forteller oss at behovet for økt kunnskap rundt temaet er stort.

1.3 Avgrensing av oppgaven

Vi har valgt å skrive om slagpasienter generelt, uten å dele inn i alder, kjønn eller sosial status, fordi depresjon etter apoplexia cerebri kan ramme hvem som helst.

Vi har valgt å fokusere på slagpasienter på rehabiliteringsinstitusjonen, ikke på sykehuset i akutfasen, eller i hjemmet. Det er fordi det er lettere å jobbe med forebygging av depresjon på institusjon der sykepleier vil ha mer tid og mer ressurser i forhold til i akutt fase, der akuttpleien prioriteres. Dessuten vil pasienten være mindre mottakelig for informasjon og støttende samtaler kort etter sykdomsutbruddet, da han kan være i en sjokkfase og kognitivt kan ha mindre mulighet til å nyttiggjøre seg sykepleierens kunnskaper. Oppfølging på rehabiliteringsinstitusjon vil også være tettere enn hva hjemmesykepleien har kapasitet og anledning til å gi.

Vi har bestemt oss for ikke å ta med noe om hvordan sykepleier kan kommunisere for å forebygge depresjon hos slagpasienter med språkproblemer. Dette er fordi at vi anser dette som et så stort tema at det kunne holdt til en egen oppgave. Vi har heller ikke skrevet noe om forskjellen på høyre- og venstresidige hjerneslag, og hvilke forskjellige utfall de gir.

Vi har valgt å ikke skrive noe om medikamentell forebygging av depresjon, først og fremst på grunn av det ville blitt for omfattende. Dernest fordi vi ville fokusere på psykoterapi og støttesamtaler framfor medikamenthåndtering. Dessuten har forskning vist at effekten av medikamentell behandling har liten forebyggende effekt på depresjon (* Hackett et al. 2008a), (Helsedirektoratet 2010).

Individuell plan er et virkemiddel som skal sikre brukeren et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud. Individuell plan skal inneholde vurderinger av behov

og hjelpemidler. Brukeren har også en fordel ved at han får en koordinator som er kontaktpersonen for alle tjenesteyterne. Individuell plan er et verktøy som er mer egnet for tjenestemottakerne etter utskrivelse av rehabiliteringsinstitusjonen. Vi velger derfor ikke å omtale Individuell plan videre i oppgaven.

Vi har for enkelhets skyld konsekvent valgt å omtale sykepleieren som *hun*, pasienten for *han*, og bruker begrepene *apoplexia cerebri* og *hjerneslag* om hverandre.

1.4 Oppgavens oppbygning

Innledningen er delt opp i fire deler; med presentasjon av problemstilling, begrunnelse for valg av tema, hvordan avgrensing av problemstilling og hvordan oppgaven er oppbygd.

Etter innledningen beskriver vi i metodekapittelet valg av metode, presenterer sterke og svake sider ved metoden og kommer med kildekritikk. Deretter begrunner vi valg av teori.

Teorien begynner med å presentere årsaker til hjerneslag, kort om hvordan det behandles og hva det kan føre til fysisk og psykisk. Videre har vi skrevet om begrepet forebygging, og om hva rehabilitering av hjerneslag omfatter. Vi beskriver depresjon, men på en kort og generell måte, før vi går mer i dybden på hvilke konsekvenser depresjon kan ha for slagpasienter. Deretter definerer vi hva sykepleie kan være ved å presentere sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Joyce Travelbees teorier, med hovedvekt på Travelbee. Vi fant det da naturlig å omtale Aaron Antonovskys forskning på sense of coherence, følelse av sammenheng. Vi har også valgt å ta med håp og livsmot i et eget kapittel, da dette er sentrale begreper i besvarelsen. Sist i oppgaven presenterer vi hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge depresjon hos slagpasienter.

Vi har valgt å presentere teorien med drøfting undervegs i oppgaven framfor å skrive om teori og drøfting hver for seg. Dette for lettere å få flyt og sammenheng i teksten for leseren.

Deretter vil vi en kort konklusjon gjøre rede for om vi har funnet svar på problemstillingen. Til slutt har vi i etterordet evaluert arbeidsprosessen og produktet, før litteraturlisten. Vi benyttet EndNote referansehåndteringsverktøy med den forhåndsdefinerte visningsstilen APA/Harvard for HiG til å organisere litteraturlisten. Stjerne * kommer derfor både i tekst og referanseliste.

2. METODE

2.1 Valg av metode

Vi har valgt å benytte en litteraturstudie, som er en systematisk fremgangsmåte for å finne eksisterende relevant litteratur og forskningsartikler som omhandler vår problemstilling (Dalland 2000). Denne metoden hjelper oss å skaffe oversikt over kunnskap som finnes om temaet siden den følger en systematisk fremgangsmåte, slik som PICO-skjema, søking i databaser, dialog med ressurspersoner med mer.

Metoden brukes også når det ikke er anledning til å intervju pasienter eller pårørende for å samle inn data empirisk, både av tidsmessige og etiske hensyn, slik som i en bacheloroppgave som dette.

Metoden vi har valgt er kvalitativ, det vil si at vi har lest artikler om et fenomen og trekker ut konklusjoner fra forskjellige tekster, framfor å studere fenomenet ved hjelp av tallmateriale, som ville ha vært en kvantitativ tilnæringsmåte (Dalland 2000).

Vi har fått hjelp til å finne hva og hvem vi skulle inkludere i søkene for å få den mest relevante informasjonen (inklusionskriterier), ved å bruke PICO-skjema, et rammeverk som bidro til å finne de viktigste momentene og søkeordene på vår problemstilling (* Nortvedt 2007). Population: slagpasient, Intervention: forebygge depresjon, Comparison: ikke brukt, Outcome: bedre rehabiliteringsprosess.

Søkeordene vi har brukt er stroke, apoplexia, preventing depression, psykoterapy, nursing og psychosocial rehabilitation. I forskjellige kombinasjoner har disse gitt alt fra tre til 99 treff. Vi har valgt ut de mest relevante ved å lese abstracts (sammendrag), noen ble vi anbefalt og noen er referert til i andre artikler.

2.2 Kildekritikk – sterke og svake sider ved metoden

Vi har ikke klart å finne så mye litteratur eller forskningsartikler som direkte handler om hvordan forebygge depresjon hos slagpasienter, siden det kan virke som om dette er et lite belyst tema. De ti forskningsartiklene vi har valgt ut danner likevel til sammen et bilde som er med på å besvare problemstillingen, sammen med pensumlitteratur og annen litteratur. Høgskolen i Gjøvik abonnerer på flere databaser fra it-selskapet Ovid, som lager søkesystemer for databaser. Vi brukte databasene Medline, Embase, British nursing index og AMED, og valgte å søke etter de nyeste forskningsartiklene og tidsskriftartiklene. Ingen av de valgte artiklene er eldre enn ti år.

Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet. Som leser har jeg krav på å vite hvilke kriterier som er brukt ved valget av litteratur (Dalland 2000, s. 59).

Vi mener de ti artiklene vi har valgt er til å stole på siden de er hentet fra databaser høgskolen abonnerer på, og finnes i tidsskrifter som presenterer resultater fra forskningsprosjekt. Disse forskningsprosjektene er primærstudier, det vil si originalartikler, men tidsskriftene kan også presentere systematiske oversikter der flere primærstudier er vurdert til å ha faglig god kvalitet, i en egen artikkel (* Nortvedt 2007).

Vi kan likevel ikke være helt sikre på at forskningsresultatene er sannferdige. Faren ved å lese kvalitative tekster er at forskerne kan ha manipulert eller omskrevet resultatene av forskningen slik at de presenterer det resultatet som ønskes, eller de kan tolke svarene og resultatene feil (Dalland 2000).

Vi har ikke noen garanti for at forskerne har fulgt forskningsmessige kvalitetskriterier før de har publisert studien, og vi har ikke mulighet til å følge opp dette med den tida vi har til rådighet. Vi anser dem allikevel som troverdige med god kvalitet siden de er publisert i anerkjente tidsskrifter som blant andre *International journal of therapy and rehabilitation* og *British journal of nursing*. I konklusjonen skriver til og med noen av forskerne at ytterligere

studier rundt temaet er nødvendige før man kan slå fast at for eksempel farmakologisk behandling av forebygging av depresjon hos slagpasienter, ikke har så stor effekt. Dermed vet leseren at forskerne har ærlige intensjoner, og kan trekke sine egne konklusjoner.

Sterke sider ved å bruke en kvalitativ metode er at forskerne har hatt mulighet til å gå i dybden av temaet og har kunnet intervju mange personer. Forskerne er i direkte kontakt med dem det gjelder og ser fenomenet innenfra, i stedet for å studere statistikk og tall utenfra. Ulempen kan være at de velger ut forsøkspersoner som de "vet" vil svare slik de forventer (Dalland 2000). Men igjen anser vi dataene vi har funnet som til å stole på, da resultatene virker fornuftige og logiske.

Vi har lest primærlitteratur på originalspråket, altså der forskerne selv har beskrevet arbeidene sine, en fordel siden det da ikke er fare for at det er tolket og oversatt feil. Andre verker vi har lest er oversatt, og ordene som er brukt kan avvike fra den originale betydningen, i tillegg til at oversetterens tolkning av teorien kan spille en rolle.

Vi har også lest sekundærlitteratur, for eksempel fra *Grunnleggende sykepleie*, der forfatterne presenterer sine tolkninger og oppfatninger av for eksempel teorien til sykepleieteoretikerne vi har valgt. Disse tolkningene kan avvike fra den opprinnelige teorien, og igjen vil oversettelsen fra originalspråket kunne påvirke betydningen (Dalland 2000).

2.3 Valg av teori

Vi har definert sykepleie opp i mot vår problemstilling ved å diskutere Joyce Travelbee og Kari Martinsens sykepleieteorier.

Vi valgte Kari Martinsen på grunn av hennes omsorgsteori og tanker rundt det å være et medmenneske. Hun definerer omsorg som et mål i seg selv. Vår oppgave handler om forholdet mellom sykepleier og pasient, og som Martinsen sier er det forholdet pasienten har til sin egen sykdom, ikke diagnosen, som

bør være viktigst for sykepleieren. Den omsorgen sykepleieren yter skal lindre pasientens plager her og nå, og styrke ham fysisk og psykisk (Kristoffersen et al. 2005)

Joyce Travelbees teori beskriver hvordan pasienten kan finne mening i lidelsen som en erfaring han kan vokse på, åndelig og personlig. Sykepleieren kan bidra til å skape og bevare håp gjennom samtaler, og ved å gi kunnskap og informasjon til pasienten på en ærlig og respektfull måte. Travelbee beskriver hvordan relasjonen sykepleier-pasient utvikler seg til beste for pasienten, i det hun kaller et "menneske-til-menneske"-forhold.

Aaron Antonovsky er interessant i så måte. Hans teori om følelse av sammenheng kan direkte knyttes til Travelbees teori om å finne mening i lidelsen. Begge beskriver hvordan sykepleieren kan bidra til å skape håp og forståelse hos pasienten. Antonovsky forklarer hvordan helsearbeidere kan styrke selvfølelsen ved å gjøre situasjonen han opplever forståelig, meningsfull og håndterbar. Sykepleieren kan bidra til å styrke pasientens følelse av sammenheng hvis hun er bevisst sin omsorgsmåte og handlinger.

Utenom pensum søkte vi etter litteratur som kunne belyse problemstillingen vår. Vi leste noen pasientfortellinger for å få innblikk i hjerneslagpasienters opplevelser. Vi har også lest litteratur som det ikke har blitt plass til å ta med i besvarelsen, men som likevel har gitt oss bakgrunnskunnskap.

Mest nyttig i forhold til problemstillingen har Keith Nichols' bok om sykepleierens psykologiske pleie vært, med klare punkter om hva slags kunnskap sykepleieren bør ha, med konkrete handlingsstrategier.

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag kom ut samtidig som vi skrev oppgaven, og har vært til nytte. Hadde den kommet ut en måned tidligere, kunne vi ha nyttiggjort oss den mer.

I tillegg har vi også funnet støttelitteratur både fra pensum og utenom.

3. HJERNESLAG

3.1 Hva er hjerneslag?

Hjerneslag (apoplexia cerebri) er en samlediagnose for hjerneinfarkt og hjerneblødning. I tillegg kommer subaraknoidalblødning (hjernehinneblødning) som resultat av aneurismeruptur.

85% av hjerneslagene er blodpropper, det vil si at en emboli eller trombe tetter blodkaret slik at omkringliggende hjernevev ikke får oksygen. 10% skyldes hjerneblødning og 5% subaraknoidalblødning (hjernehinneblødning) (Helsedirektoratet 2010). Tilstandene fører til at hjerneceller dør i den delen som ikke lenger får tilført oksygenrikt blod.

Hjerneslag er en av de hyppigste årsaker til alvorlig funksjonshemming, og den tredje største årsaken til død. Dødeligheten for hjerneblødning er 50 %, mens den er 15 % for hjerneinfarkt. Årlig rammes mellom 14 000 og 15 000 personer av sykdommen i Norge. Ca. 70 % av de rammede er over 70 år (* Muus 2008). Beregninger viser at mellom 50 og 60 000 lever med sykdommen i dag, og det er en forventet økning av antall hjerneslag på hele 50 % de neste 25 årene. Dette som en følge av at befolkningen oppnår høyere levealder. Hjerneslag koster Norge 7-8 milliarder kroner i året, mens livstidskostnaden for hver pasient er beregnet til rundt 600 000 kroner (Fjærtøft, Indredavik 2007).

Hjerneslag har fem forskjellige hovedårsaker:

- Ved trombose i aterosklerotisk arterie

Tromboser i aterosklerotisk arterie er den vanligste årsaken til hjerneinfarkt.

- Ved blødning fra arterie i hjernen.

Oftest fra arteria cerebri media, inntreffer plutselig, med symptomer avhengig av størrelse og lokalisasjon. Slik blødning er vanskelig å skille klinisk fra infarkt, men ses godt på CT og MR.

- Ved embolus fra hjertet eller halsarterie.

Embolier fra hjertet i forbindelse med hjertesvikt eller endokarditt, eller som embolus fra avleiringer i arteria carotis er andre årsaker.

- Ved små embolier med rask oppløsning (TIA; transitorisk iskemisk anfall).

Transitorisk iskemisk anfall (TIA) kommer sannsynlig fra små embolier som har løsnet fra arteria carotis interna. Da emboliene er små, vil de løses de raskt opp. TIA bør ses på som et forvarsel på hjerneinfarkt.

- Ved aterosklerose i hjernens arterier.

Aterosklerose i hjernens arterier skaper høyt blodtrykk og er en medvirkende årsak sammen med de ovennevnte årsakene.

Subaraknoidalblødning oppstår når et aneurisme på en hjernearterie brister og blodet renner inn i rommet under spindelnevshinnen og blander seg med spinalvæsken. Symptomer kommer umiddelbart i form av sterk hodepine, kvalme, oppkast, nakkestivhet og eventuell nedsatt bevissthet (Jacobsen et al. 2001).

Bakenforliggende årsaker til apoplexia cerebri er aterosklerose, hyperkolestrolemi, hypertensjon, og hjerteflimmer ved hjerneinfarkt. Ved hjerneblødning er årsakene hypertensjon, malformasjoner i blodårene eller økt blødningstendens.

I tillegg har vi medvirkende risikofaktorer som alder, kjønn (flestepmenn) og arvelighet. Dette er faktorer som ikke kan forebygges.

3.1.2 Fysisk behandling av hjerneslag

Behandlingsprinsippene deles hovedsaklig i om det er blødning eller infarkt.

Ved infarkt er det viktig å få igangsatt trombolysbehandling så snart man har

avklart at det ikke er blødning, eller andre kontraindikasjoner. Hensikten med denne behandlingen er å løse opp tromben eller embolusen, og derved begrense celledød og skader. Pasienter som får denne behandlingen raskt (innen tre timer) har ofte små skader etter infarktets grunnet begrensningen av celledød. Blodtrykket må holdes oppe for å forhindre nye blodpropper.

Blødninger kan behandles kirurgisk. Om pasienten er for dårlig for inngrep kreves rolig flatt sengeleie en uke før mobilisering. Blodtrykket må holdes nede for å minske faren for flere blødninger.

I akutt stadium er pleien viktig. Sørge for at pasienten får nok oksygen, væske og ernæring. Være oppmerksom på komplikasjoner som hjerneødem, herniering og epilepsi. Forebygge liggesår og kontrakturer, og sørge for god eliminasjon.

Hyppigste dødsårsak ved apoplexia cerebri er bronkopneumoni, grunnet svake hostereflekser og immobilisering (Jacobsen et al. 2001).

Hjerneslag kan forebygges ved at hypertensjon, atrieflimmer, carotis stenose, hyperlipidemi, adipositas og diabetes mellitus behandles optimalt. Høyt alkoholforbruk og inaktivitet bør unngås. Det er også viktig å slutte å røyke, siden hypertensjon kombinert med røyking gir fem ganger så stor mulighet for hjerneslag (* Muus 2008). I mange tilfeller vil livsstilsendring redusere muligheten for slag, ikke minst for pasienter som tidligere har hatt slag.

3.1.3 Konsekvenser av hjerneslag

* Fysiske

De fysiske konsekvensene kan være motoriske, nevropsykologiske og sensoriske, og er avhengig av hvor stor skade sentralnervesystemet er påført og hvor i hjernen skaden er oppstått (Jacobsen et al. 2001).

Motorisk halvsidig paralyse (lammelse) i ekstremiteter, eventuell parese (nedsatt kraft) på motsatt side av den hjernehalvdelen som er rammet. Ved slik hemiparese ser en gjerne facialispese (ansiktsskjevhet). Dysfagi

(svelgpareser) kan oppstå grunnet lammelser i svelgmuskulaturen (Jacobsen et al. 2001). Det er fare for feilstilling av ekstremiteter, og spastisitet; muskelstramminger som gjør bevegelser vanskelige.

Nevropsykologiske funksjoner kan være apraksi som er en forstyrrelse i hjernens evne til å sette sammen bevegelser. Agnosi kan opptre både som visuell og hørsels-agnosi. Pasienten gjenkjenner ikke gjenstander til tross for at synet er intakt, og/eller at pasienten ikke gjenkjenner hørselsinntrykk som for eksempel ord. Neglekt er når pasienten ikke registrerer en av sine kroppshalvdeler, og/eller den ene halvdelen av rommet. Pasienten kan også bli aggressiv overfor den lammede siden (Jacobsen et al. 2001).

Språkfunksjoner kan rammes. Afasi er total manglende taleevne og rammer rundt 25-35 % av pasientene (Muus 2008), mens dysfasi er redusert taleevne. Dysartri er taleforstyrrelser grunnet lammelser i talemuskulaturen. Halvparten av pasientene får problemer med dagliglivets funksjoner (ADL), mens fire av ti får problemer med å utføre basale egenfunksjoner (* Muus 2008).

- Psykiske

Psykiske forandringer etter hjerneslag kan også skyldes organiske skader som er oppstått. Det kan være vanskelig å skille hva som skyldes skaden, og hva som er den naturlige psykiske reaksjonen. Når pasienten har fått bearbeidet denne reaksjonen vil det komme klarere fram hvilke forandringer skaden har skapt, pasientene forstår etter et halvt til ett år at tilstanden vil være livsvarig (* Muus 2008).

Vanlige forandringer i pasientens personlighet vil være aggressivitet, hissighet, organisk betinget depresjon, benektning / bagatellisering, hallusinasjoner, initiativløshet og kritikkløshet (Almås 2001).

Forskningsresultater viser at depresjon forekommer hos mellom 20 og 40 %, mens angst forekommer hos 20-30 % (* Fure, Brynjar et al. 2006), (* Robinson

2003).

Typiske konsekvenser ved depresjon (jfr 3.2) er søvnproblemer og nedsatt appetitt. Dessuten vil nedsatt initiativ og overskudd til å delta i behandling forringe prosessen og evnen til å ta inn ny informasjon (* Weir & Cadilhac 2007).

Andre emosjonelle symptomer etter hjerneslag er emosjonell instabilitet som kjennetegnes ved plutselig gråt eller latter (10-25 %), krisereaksjon (20 %), lite initiativ og tretthet (fatigue), som rammer opptil 70 % av pasientene (* Fure, B. 1387).

3.1.4 Forebygging

Vår oppgave handler om å forebygge depresjon, og ordet forebygging vil i denne sammenhengen si å forebygge sykdommen depresjon. Den generelle termen "forebyggende helsearbeid" brukes for å beskrive arbeidet med å forhindre sykdom, like mye som den brukes om helsefremmende arbeid. Å forebygge sykdom hos det enkelte individet har vært den tradisjonelle måten å tenke på, mens helsefremmende arbeid har kommet i nyere tid. Det vil si å fremme helse gjennom forskjellige tiltak overfor både individ og samfunn, der befolkningen selv deltar og tar ansvar for egen helse.

Forebyggende helsearbeid foregår ved tilrettelegging av omgivelsene, styrking av motstandskraft, ved å bidra til god funksjon, mestring og kontroll; til best mulig livskvalitet (Mæland 2005).

Det finnes ingen enkle løsninger for å forebygge sykdom. Når det gjelder hjerneslag kan det være vanskelig å forutsi hvilke individer som står i fare for å få sykdommen. Hvis en satser på helsefremmende arbeid overfor befolkningen generelt, altså en meget stor gruppe, vil en på sikt kunne få redusert antall tilfeller, for eksempel ved å få så mange som mulig til å endre livsstil. Dette kalles *det preventive paradoks*, altså at man når flere personer med ukjent eller lav risiko for å få for eksempel hjerneslag ved å arbeide bredt, framfor

individrettet innsats der en bare når et fåtall med høy risiko (Mæland 2005).

Vi viser i oppgaven at forebygging av depresjon vil være positivt både for den enkelte slagpasient som vil oppleve mindre lidelse, samtidig som det er ressursbesparende for samfunnet. Forebygging av depresjon er ikke statistisk målbart på individuelt plan, men vi vet at det er lønnsomt å arbeide for å forebygge sykdom (Mæland 2005).

Forebygging kan redusere faren for at depresjon utvikler seg og fører til lengre rehabilitering eller i verste fall død.

Psykiatrisk sykepleier på rehabiliteringsenheten ved Ahus har erfaring med at pasienter som får tidlig hjelp til å bearbeide tanker rundt det som har skjedd, har lettere for å tilpasse seg sin nye livssituasjon. Pasienter som ikke får dette tilbudet, kan komme til å bruke mye krefter på den emosjonelle reaksjonen, noe som forringer videre framgang, både fysisk og psykisk.

Dessverre viser det seg at sykdomsforebyggende arbeid ofte blir nedprioritert framfor å behandle og rehabiliterer når sykdom er oppstått. De nye retningslinjene fra Helsedirektoratet som kom 15.4.2010, *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*, nevner ikke at depresjon forringer behandling og forlenger rehabiliteringsprosessen, og også øker dødeligheten. Dermed blir det ikke fokus på viktigheten av å forebygge depresjon ved hjerneslag, til tross for at dette er godt dokumentert i forskjellige forskningsrapporter (* Weir & Cadilhac 2007), (* Robinson 2003).

Vi synes dette er overraskende, siden ressurspersoner vi har hatt kontakt med, forskningsresultater vi har funnet samt egne erfaringer, forteller oss viktigheten av slik forebygging.

Det er mye lettere å utsette eller hoppe over en støttende samtale som ikke er målbar, i forhold til spesifikke sykepleieroppgaver, som er konkrete. Som sykepleiere blir gjerne effektiviteten vurdert ut fra hvordan vi utfører det målbare. Dette er noe vi har erfart fra samtlige praksisperioder der mange sykepleiere er svært "gjøremålsorienterte".

3.1.5 Rehabilitering

Som sykepleiere vil en av våre hovedoppgaver på sykehuset være å begrense den patologiske skaden som har oppstått på grunn av hjerneslaget, med akutte tiltak (jfr 3.1.2). Rehabiliteringen starter så raskt som mulig på sykehuset, og fortsetter i rehabiliteringsenhet eller i hjemmet.

Målet er å forbedre funksjon og/eller hindre tap av funksjon, og å oppnå høyest mulig grad av uavhengighet, fysisk, psykisk, sosialt og ervervsmessig. Rehabilitering handler ikke alene om trening og gjenvinning av fysisk funksjon, men også om å venne seg til en ny livssituasjon samt å reintegreres i samfunnet (Helsedirektoratet 2010).

Et tverrfaglig team i slagrehabilitering kan bestå av lege, sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, psykolog, logoped, synspedagog og klinisk ernæringsfysiolog. Behandling etter akutfasen er hovedsaklig rehabilitering med vekt på ADL-trening.

Vi ser at det ofte blir mest fokus på den fysiske treningen. Problemene ligger framme i dagen og det foreligger tydelige planer for hvordan en skal rehabilitere pasienten fysisk. Derimot finnes det lite klare strategier for hvordan sykepleier kan gå fram for å forebygge depresjon, noe alle ressurspersoner vi har vært i kontakt med bekrefter.

Dette viser at det er lite felles rom for fysisk og psykisk rehabilitering. Det kan virke som om det bedrives lite aktiv, helhetlig pleie rundt om på rehabiliteringsavdelingene. Det kan skyldes manglende kunnskap, men også at psykisk rehabilitering ofte er tidkrevende. Sykepleierne kan ha det så travelt med å få utført alle oppgaver knyttet til somatikk at det å ta seg tid til en samtale blir nedprioritert.

”Vi leter etter det friske i mennesket og har fokus på rehabilitering. Vi skal hjelpe pasienten til å normalisere livet så mye som mulig ved å være ydmykt til stede og ved å se etter muligheter”, sier sykepleieren på Ahus.

Rehabiliteringen fortsetter også når pasienten har kommet hjem. Pårørende kan være en stor ressurs og til stor hjelp for pasienten, som trenger å føle at han ikke er til bry og er unyttig. Pasienten er inne i en livslang rehabiliteringsprosess, har med seg sitt nye handikapp og må tilpasse seg den nye situasjonen hver dag. Det emosjonelle og det fysiske må være ” på plass” slik at det blir rom for rehabilitering og habilitering.

3.2 Hva er depresjon?

Definisjonen på depresjon er ”psykisk forstyrrelse med forskjellige symptomer”, som initiativløshet, nedtrykthet, sørgmodighet, selvbekreidelse, dårlig appetitt, søvnforstyrrelser og forskjellige grader av uro og angst (* Rakvaag 1991).

Depresjon kan være svært alvorlig og i verste fall føre til selvmord, og er en diagnose som ikke må forveksles med en sorgreaksjon på sykdom. Den deprimerte kan være full av selvbekreidelse og skyldfølelser, noe den sørgende har i mindre grad (Hummelvoll et al. 2004).

Den deprimerte har vansker med å mobilisere krefter til å ta tak i sin livssituasjon. De negative tankene om at han ikke klarer noen ting og at alt er håpløst gjør ham tiltaksløs, noe som igjen er en bekreftelse på de følelsene han har om seg selv, med stadig økte selvbekreidelse. De negative tankene skaper vonde følelser som angst, uro og bekymringer om det meste, og tanker om at det vil fortsette å være slik (Håkonsen 2003), (* Fure, B. 1387).

Depresjon gir seg gjerne utslag i dårlig matlyst, søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og kroppslige ubehag og smerter, mangel på initiativ og lyst på nærhet og sex (Hummelvoll et al. 2004).

3.2.1 Konsekvenser av depresjon hos pasient som har hatt hjerneslag

En sykepleier var svært oppmerksom på mine behov: Var jeg varm nok? Trengte jeg vann? Hadde jeg smerter? Hun så meg inn i øynene og ga meg helt tydelig rom til å bli frisk... (* Taylor & Vogt 2009).

Vi har alle kjent på motløshet og fortvilelse i våre liv, at livet svinger er en naturlig del av det å være et menneske. Ved alvorlig sykdom er det naturlig å reagere med sorg og fortvilelse som en måte å bearbeide sjokket etter det som har skjedd, og det oppstår lett følelser av fortvilelse og uro over framtida (* Nichols 2003).

Forskning viser at 75 % føler at livet blir lite meningsfullt etter et alvorlig slag, mens 65 % har problemer med å gjenoppta sosiale aktiviteter (Muus 2008).

Pasienten vil ha halvparten så stor sjanse til å oppnå god fysisk funksjon og evne til å utføre daglige aktiviteter, hvis han har hatt en depresjon i rehabiliteringsperioden (* Whyte et al. 2006).

Også andre forskningsartikler vi har funnet, konkluderer med at depresjon forringer helbredelsesprosessen (* Fure, Brynjar et al. 2006), (* Gurr 2009a), (* Robinson 2003).

Vår erfaring fra praksis på rehabiliteringsavdeling har vist oss at dette stemmer godt. Depresjon påvirker rehabiliteringsprosessen både når pasienten er på sykehus for akutt behandling, og etter hjemkomst, men oppstår vanligvis når hverdagen melder seg og pasienten er kommet hjem igjen (* Whyte et al. 2006).

En amerikansk studie med 976 pasienter viste at dødeligheten det første året økte med 50 % hos pasienter som led av depresjon. En annen studie der 103 pasienter ble fulgt i ti år, viste at så mange som 70 % av de som hadde lidd av depresjon etter slaget, var døde (* Robinson 2003), (* Lewis et al. 1640).

Sykepleier må gi pasienten rom til å bearbeide sorg og tap, ellers vil fokus hos pasienten ikke være på den fysiske rehabiliteringen, men på egne emosjonelle problemer. Dermed får han ikke bearbeidet opplevelsen, og vil bruke mye tid og energi på problemer framfor å fokusere på løsninger.

Sykepleierens hovedoppgave bør være å være en slags "fødselshjelper" slik at pasienten klarer å uttrykke sine følelser. Ubearbeidet sorg kan danne

grunnlaget for utvikling av depresjon, men ved å uttrykke følelsene vil de kunne kjennes mindre vanskelige.

Patologiske sorgreaksjoner, som følge av at personen ikke har fått anledning til å gjennomgå den lutring (katarsis) som sorgen medfører, viser seg i vedvarende følelser av tomhet og nummenhet, manglende evne til å gråte eller uttrykke følelser generelt, lav selvaktelse, stadige drømmer som omhandler tapssituasjonen, fiendtlighet og en generell følelse av å være låst (Hummelvoll et al. 2004).

4. HVA ER SYKEPLEIE?

Vi har i løpet av tre år som studenter ved Høgskolen i Gjøvik lært hva sykepleie er gjennom 50 uker med praksis. Vi har tilegnet oss teori ved hjelp av forelesninger og ved å lese pensumbøker. Vi vil i det følgende kapittel diskutere hva som er sykepleie ved å diskutere sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Joyce Travelbee.

4.1 Kari Martinsen – omsorgsteori i praksis

Sykepleierteoretiker Kari Martinsen snakker om omsorg i praksis, som ikke bare er basert på teoretiske og faglige kunnskaper hos sykepleieren. Sykepleieren må ta i bruk både erfaringsbasert og kunnskapsbasert praksis, samtidig som hun må bruke sine personlige egenskaper i møtet med den syke. Martinsen framhever møtet mellom sykepleier og pasient som mye mer enn et møte mellom en teoretisk orientert fagperson og en pasient som er avhengig av denne kunnskapen. Hun fokuserer på det mellommenneskelige møte, på relasjonen som kan oppstå når to mennesker treffes og det oppstår samhandling (Kristoffersen et al. 2005).

Kari Martinsens grunnleggende tanke er at vi alle er del av menneskeheten, både sykepleier og pasient er del av en større sammenheng, der den ene er like avhengig av den andre for å være et helt menneske. Gjennom en slik grunnholdning vil sykepleieren være i stand til å yte omsorg for pasienten; hun samhandler, respekterer og er jevnbyrdig med sine pasienter, slik de er med henne. Hun yter omsorg på en uegennyttig måte uten å forvente å få noe tilbake, bare ved det å være et medmenneske og ved å ha et moralsk ansvar for den syke (* Martinsen 2003).

Martinsen framhever de spontane livsytringene som tillit og barmhjertighet som et grunnlag for omsorg, i den humanistiske sfæren som oppstår i møtet mellom pasient og sykepleier. I følge Johannessen (1995) framhever Martinsen livsytringene og kjærligheten til menneskeheten, som et utgangspunkt der omsorgen springer ut i fra

... vi er skapt av kjærlighet til kjærlighet. Livsytringene er kjærlighetens og omsorgens uttrykksformer. I vårt møte med mennesker vil en slik kjærlig drivkraft være et aktivt utgangspunkt for å fremme helse. Vi er knyttet sammen gjennom omsorgen for hverandre og ønsker om hverandres beste (Johannessen 1995). SIDE???

Omsorg er et mål i seg selv, en grunnholdning hos sykepleieren for å oppnå bedre helse og et bedre liv for pasienten, ikke at man bare utfører sine plikter og arbeider skjematisk. Kari Martinsen mener at det ikke er omsorg at pasienten skal bli frisk og ha like god funksjonsevne som før, det er omsorgen her og nå i seg selv som er målet, ellers vil det ikke være forenlig med sykepleiens mål.

Omsorgen tar sikte på at pasienten skal ha det bedre, slik at livsmotet øker og de helbredende kreftene får virke (Kristoffersen et al. 2005, s. 63, bind 4).

Erfaringer fra praksis på sykehus og rehabiliteringsavdeling har vist oss at helsepersonell ofte fokuserer på at pasienten skal bli så fysisk frisk som mulig. Effektivitet og knappe ressurser styrer denne tankegangen, slik at det å "bare" yte omsorg kan virke lite effektivt i en travel hverdag, der målbare resultater er det som forventes. Samtidig er vi enige med Martinsen i at de helbredende kreftene kan få bedre anledning til å virke når pasienten blir sett og møtt der han er.

Martinsen mener omsorg oppstår som en følge av

- Sosial relasjon i et fellesskap og solidaritet med den svake
- Forståelse for andre ved hjelp av felles erfaringer
- Engasjement og innlevelse
- Moralsk ansvar og aktiv handling (Kristoffersen et al. 2005).

Vi har sansen for Kari Martinsens syn på hva god sykepleie er. Sykepleieren yter omsorg ved å være et medmenneske som ser pasienten, ikke fordi hun er forpliktet, men fordi hun er et medmenneske. Våre erfaringer fra praksisperiodene og yrkesliv har vist oss at det å være nær, å se pasienten,

behandle ham med respekt og yte ham oppmerksomhet, kan være avgjørende for en pasients følelse av håp. Vi tror dette kan være med på å forebygge depresjon.

Hennes teori om "svak paternalisme", som går ut på at sykepleieren er den som "vet best" hva som gagnar pasienten, er også noe vi tror på. Sykepleierens faglige kunnskaper og erfaringer bruker hun aktivt til å veilede pasienten til å ta best mulig avgjørelser for seg selv og sin helse. Hun kan også skåne pasienten fra å måtte ta slike avgjørelser og ta dem selv, når det er formålstjenlig (Kristoffersen et al. 2005).

Utfordringen her kan være at pasienter vil være med på å bestemme, uten å ha den kunnskapen som behøves for å ta del i beslutningene. Slagpasienter kan være så kognitivt svekket at de har manglende innsikt i egen sykdom. En pasient på rundt 60 år vi hadde kontakt med i hjemmesykepleien to år etter hjerneslaget, sa ofte "Jeg ligger her og venter på å bli frisk". Manglende evne til å ta inn over seg sin nye situasjon gjorde at han håpet på en bedre framtid, der han kunne fungere som før. Her kunne vi ha brukt "svak paternalisme" og styrt pasienten mot økt mobilisering og forståelse av sykdomsbildet.

Vi tolker Martinsen dit hen at det å være medmenneske er grunnleggende for all god sykepleie. Samtidig er det en nokså teoretisk teori, uten at klare tiltak er konkretisert. Men hennes gode, velmenende tanker om medmenneskelighet og humanisme er noe alle sykepleiere kan ha med seg i sine daglige møter med pasientene.

4.2 Joyce Travelbee – å finne mening i lidelsen

I følge den amerikanske sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee prøver mennesker nærmest automatisk å finne en mening med det de opplever i forbindelse med sykdom, smerte og lidelse (Kristoffersen et al. 2005). Pasienten som sier "hvorfor ikke meg" har lettere for å akseptere sin skjebne. Denne pasienten trenger helhetlig pleie og omsorg som andre pasienter, men har en holdning til livet om hendelsen som en kilde til vekst, og kan finne en

mening i sin nye situasjon. Pasienten kan sitte i rullestol, men ser at livet er meningsfullt selv om han ikke kan gå.

Mange pasienter sier derimot "hvorfors meg?", og finner ingen mening med lidelsen. De synes livet er urettferdig og fokuserer på konsekvenser og begrensninger sykdommen medfører. Vi forstår at unge mennesker som har hatt apoplexia cerebri kan tenke slik. De har ofte mye ugjort i livet, har kanskje små barn hjemme, og det kan være vanskelig å finne mening når tilværelsen blir snudd brutalt på hodet. Dette gjelder for så vidt alle, uavhengig av alder, hvis framtidsplanene blir uopnåelige som følge av sykdommen.

4.2.1 Travelbees teori

Travelbee har et eksistensialistisk menneskesyn og mener hver og en av oss er ansvarlig for våre handlinger og vårt liv. Ikke minst bør vi som sykepleiere ha et menneskesyn der aksept og respekt for den andre inngår, der vi innser at hvert enkelt individ er unikt og en del av menneskeheten på lik linje med oss selv. Hun fokuserer på et "menneske-til-menneske"-forhold der pasient-sykepleier relasjonen oppheves for å bedre yte omsorg.

Når den mentale barrieren reduseres vil sykepleieren lettere kunne sette seg inn i pasientens situasjon og se ham som et unikt individ, ikke "bare enda en pasient" (* Travelbee 1999).

- Interaksjonsprosessen

Hennes teori viser til en interaksjonsprosess der sykepleieren blir kjent med pasienten. Etter det første, innledende møtet vokser det fram en gjensidig identitetsforståelse. Dermed utvikles empati overfor pasienten når sykepleieren klarer å ta del lidelsen og setter seg inn i pasientens situasjon, basert på sykepleierens egne erfaringer. Sykepleieren utvikler så et ønske om å hjelpe, hun blir berørt og får sympati med pasienten..

- Disiplinert intellektuell tilnæringsmåte

Joyce Travelbee skriver om den profesjonelle sykepleieren som bruker sitt intellekt så vel som sine evner til medfølelse. Hun beskriver

sykepleieprosessen som en "disiplinert intellektuell tilnæringsmåte" der sykepleieren bruker sine teoretiske kunnskaper fra natur- og samfunnsvitenskap og kombinerer dem med sin logiske og rasjonelle evne, for å yte omsorg for pasienten.

... evnen til å omsette det en har lært, i kreativ og intelligent handling, med sikte på å ivareta sykepleiebehov hos den enkelte... (Travelbee 1999, s. 42).

Vi mener at denne måten å arbeide på bør være en form for "gullstandard" som sykepleieren bør bestrebe seg på å arbeide etter. Hvis en ikke bruker den teoretiske kunnskapen fra sykepleierutdanningen, vil en ikke klare å yte den omsorg overfor pasienten som det forventes.

- Å bruke seg selv terapeutisk

En sykepleier som har vokst på livets utfordringer og tatt dem med seg som personlige erfaringer, innser at disse utfordringene har gitt henne innsikt og forståelse for hva det vil si å være menneske. Hun kjenner seg selv, og hvis hun klarer å skape bedring hos pasienten ved å bruke seg selv og sine faglige kunnskaper, har hun brukt seg selv terapeutisk. En slik sykepleier har i følge Travelbee innsett at det eneste virkelige vi har, er livet vi lever her og nå. Fortida kan vi ikke gjøre noe med, men den kan ha gitt oss innsikt og forståelse for hvem vi er. Vår lidelse kan ha bidratt til personlig vekst. Refleksjon over personlige erfaringer kan gjøre sykepleieren klokere og bedre hennes evne til å sette seg inn i pasientsituasjonen.

Mye av det hun skriver kan omsettes i praksis, hun mener sykepleieren blir dyktig takket være erfaring. Likevel synes vi at sykepleieren forventes å ha litt urealistisk innsikt i andre menneskers indre liv, og at det stilles store forventninger til utførelsen av sykepleieryrket. Vi er enige i at sykepleieren skal forsøke å se og forstå pasientens situasjon og psykiske reaksjoner på sykdom, smerte og lidelse, og yte omsorg ut i fra sine faglige og medmenneskelige egenskaper. Hun skal også forsøke å utvikle både empati og sympati med pasienten, og søke å støtte og hjelpe så godt hun evner.

Ikke alle sykepleiere har så mye livserfaring, eller har reflektert så mye over det å være menneske på godt og vondt. Sykepleiere er bare mennesker de også, med gode og dårlige sider, gode og dårlige dager, der noen har mer medfølelse og lettere for å utvikle sympati enn andre. Nyutdannete, unge sykepleiere må få anledning til å øke sin livserfaring, og kan være omsorgsfulle og dyktige. Arbeidserfaring og høy alder er ingen garanti for godt utviklet empati.

Travelhet og knapphet på ressurser virker også inn på omsorgen. Vår erfaring fra praksis på sykehus er at det ofte er for lite tid til å ivareta alle pasientens behov. Derfor er forventingen at sykepleieren skal kunne fylle pasientens til enhver tid skiftende behov nærmest før pasienten selv er klar over at han har dem (* Travelbee 1999), noe urealistisk.

4.3 Håp og livsmot

Noen mennesker ser på nye problemer som utfordringer, og går i gang med å prøve å løse dem. Pasienter med en slik innstilling kan, til tross for alvorlig sykdom, klare å mobilisere krefter og ha håp om at livet fremdeles er verd å leve. Håpet gir dem tro på at sykdommen ikke skal få hindre dem i å leve et så godt liv som mulig. Håp og tro er med på å gi dem styrke til å takle motgangen og gir en mestringsfølelse (* Rustøen 2001).

Joyce Travelbees tanker om håp støtter dette. Håpet gjør nået utholdelig, ved at pasienten blir framtidorientert. Håpet er knyttet til avhengighet og tillit til andre, til valg, ønsker, utholdenhet og mot, og gjør det lettere å tåle lidelse (* Travelbee 1999).

Håpet må være oppnåelig og realistisk og ikke en dagdrøm, men det er menneskelig å ha dagdrømmer. Hvis mennesket ikke håper, kan det ikke leve.

En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil si mer behagelig, meningsfullt eller glederikt, dersom han oppnår det han ønsker (Kristoffersen et al 2005, s. 27 bind 4).

Håp er en personlig, indre tilstand som andre ikke bare kan overføre på pasienten. Den må aktiviseres innenfra med hjelp utenfra, med gode, positive relasjoner og en atmosfære preget av optimisme. En viktig forutsetning er at pasienten har tro på at det finnes hjelp å få når nødvendig, at han har tillit til andre. Da skaper han håp for seg selv ved å tro på at andre vil ham vel, han lar dem yte omsorg (* Travelbee 1999).

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

En pasient som er vant til å klare seg selv, vil ikke alltid automatisk be om hjelp. Han vil ikke belaste andre med sine problemer. Hvis hjerneslaget han har opplevd får ham til å miste mot og håp, kan han ha vansker med å slippe sykepleier til med sine kunnskaper, og ikke ha tillit til henne. Dermed vil hun kanskje ikke klare å etablere håp hos pasienten.

Travelbees tanker er idealistiske og gode, men i praksis noen ganger vanskelig å gjennomføre. Det kan virke passiviserende å håpe på at livet skal bli bedre en gang i framtida, (jfr pasienthistorien i 4.1). Hvis pasienten tror at sykdom helbredes uten at han bidrar til helbredelsesprosessen, stanser den opp. Pasienten kan håpe på et bedre liv, men må jobbe her og nå for å bli bedre.

Pasienten vi viste til som lå og ventet på å bli frisk, manglet det realistiske håpet som Travelbee etterlyser, og vi tror mange pasienter ofte "luller" seg inn i falske forhåpninger.

Dermed havner sykepleieren i et etisk dilemma, i hvert fall i tilfeller som dette, der det urealistiske håpet ikke forbedrer situasjonen.

Sykepleiere kan og bør utstråle håp, engasjement og medfølelse, og bidra til å framelske håpet og få det til å vokse i pasienten. Håp og optimisme er med på å styrke helbredelsesprosessen og bedrer immunforsvaret. Framtiden kan være god, selv om den vil være annerledes enn den var (Kristoffersen et al. 2005).

Å ha mål i livet er vesentlig for håp. Målene tydeliggjør at vi har en framtid, og at vi kan oppnå positive endringer i tiden som kommer. Med klare mål blir man tvunget til å innse sin situasjon, og tenke gjennom hva man vil prioritere. Å ha noe meningsfullt å holde på med i hverdagen vil også kunne styrke håpet, og minne om mulighetene som finnes (Rustøen 2001).

4.4 Aaron Antonovskys sense of coherence

Alvorlig sykdom kan snu opp ned på livet og legge framtidsplaner i grus – plutselig kan en kanskje ikke utføre arbeidet sitt eller gjøre den hobbyen som betydde så mye for en. Livet kan føles meningsløst.

Til tross for slike omveltninger klarer noen å mobilisere krefter til å sette seg mål og se framover. Det kan henge sammen med det den israelske professoren i medisinsk sosiologi, Aaron Antonosky, kaller sense of coherence, følelse av sammenheng. Mennesker med sterk følelse av sammenheng opplever vanskelige situasjoner som begripelige både emosjonelt og kognitivt, eller som han sier *forståelige, meningsfulle og håndterbare* (se 4.4.1 nedenfor). De klarer å håndtere situasjonen ved å bruke de ressursene de har til rådighet, og de ser på det meningsfulle i livet og tror på det gode – på at ting vil ordne seg (* Antonovsky 2005).

Antonovskys tanker går ut på at når mennesker med sterk følelse av sammenheng møter en utfordring, klarer de rasjonelt å forholde seg til den og velge løsninger som er gunstige, framfor å la seg rive med av følelser. De som har utviklet en sterk sense of coherence har opplevd trygghet og forutsigbarhet fra tidlig barndom der de fant sin plass i forhold til omgivelsene, de opplever livshendelser som erfaringer det er mulig å leve med, og problemer som mulige å gjøre noe med (* Antonovsky 2005).

Her vil vi sammenligne Joyce Travelbees ideer om å finne mening i lidelsen (jfr 4.2), der den som sier "hvorfor ikke meg?" gjerne har en sterk følelse av sammenheng i livet. Pasienter med god selvfølelse kan ta med seg sykdomserfaringen og vokse på den.

Den amerikanske hjerneforskeren Jill Bolte Taylor ble rammet av hjerneblødning for ti år siden. Hun trente seg, ved hjelp av utholdenhet, tålmodighet og ikke minst håp om at livet skulle bli bedre, tilbake til livet og jobben som forsker. Hun hadde tidligere latt sin venstre hjernehalvdel dominere livet hennes, med jobb, struktur og fornuftige avgjørelser i en svært hektisk hverdag. Etter slaget har hennes høyre hjernehalvdel fått en mye større del i hennes liv, hun synes hun har endret personligheten sin til det bedre, og at hun takket være sykdommen har vokst til å bli et klokere menneske (* Taylor & Vogt 2009).

I stedet for å synke ned i selvmedlidenhet med tanker som "hvorfor måtte dette skje meg?" ga hun aldri opp, men så mulighetene som lå framfor henne.

Personer med svak følelse av sammenheng lar det følelsesmessige engasjement styre, de fokuserer på alle følelsene som oppstår rundt problemet, ikke på ressursene de kanskje kan ta i bruk. De har også gjerne hatt tendenser til depresjon tidligere i livet (* Whyte et al. 2006).

Erfaringsmessig ser vi at enkelte lett går inn i depresjoner og blir emosjonelt ustabile ved apoplexia cerebri. I følge Antonovsky er de predisponert på grunn av manglende trygghet og forutsigbarhet i barndommen, de har lav følelse av sammenheng, og rehabiliteringsprosessen blir vanskeligere.

Antonovsky lanserte også begrepet "salutogenese" som kommer av det latinske ordet *salus* som betyr helse, og det greske *genesis* som betyr fødsel eller utspring. Salutogenese-begrepet prøver å se hele mennesket med både den fysiske kroppen og den psykiske, åndelige tilstanden, både den syke og den friske delen. Det er dette vi til daglig kaller helhetlig sykepleie.

Målet for Antonovsky er ikke nødvendigvis livslengde, men livskvalitet, at man lindrer sykdom hos pasienten her og nå framfor bare ha som mål at han skal bli helt frisk igjen – det er ikke alltid mulig (* Westlund & Sjöberg 2005).

Livslengde uten livskvalitet er ikke tilfredsstillende. Som vi nevnte forstår vi at unge mennesker med sterk funksjonshemming etter hjerneslag vanskelig finner mening med et langt liv. Det kan være utfordrende for sykepleier å

forebygge depresjon hos disse pasientene, da mening med livet og håp vil være avgjørende faktorer for god forebygging.

4.4.1 Sense of coherence i praksis

Uavhengig av pasientens tidligere erfaringer, kan sykepleieren bidra til å styrke hans følelse av sammenheng i den situasjonen han er i. I følge Antonovsky kan hun bidra til at situasjonene pasienten møter er *forståelige, meningsfulle og håndterbare*.

Det betyr i praksis at sykepleier må sørge for at pasienten forstår situasjonen han er i, hun må svare på spørsmålene han eventuelt har og gi informasjon. Det å vite er betryggende i seg selv. Videre må hun forsøke å bidra til å skape mening hos den syke for den lidelsen han nå opplever, noe som vil styrke innsatsen og kampen for å bli friskere. Hvis sykepleier også klarer å hjelpe pasienten til å føle at situasjonen er håndterbar, han kan gjøre noe selv og resten vil han få hjelp til, vil hans mestringsfølelse og følelse av kontroll stige (Kristoffersen et al. 2005).

Hva er meningsfullt for den enkelte? Hvilke behov har han? Sosiale behov bør dekkes både av sykepleier og andre pasienter, noe som også kan øke følelsen av sammenheng. Både pleie og omsorg ivaretas, den enkelte prioriteres og er ikke bare enda en pasient på avdelingen som skal ha mat, vask, pleie, medisiner (* Westlund & Sjöberg 2005).

Helsepersonell kan med sin måte å formidle et budskap bidra til å styrke eller gjøre sense of coherence svakere. Det sykepleieren formidler kan være avgjørende for hvordan pasienten føler seg. Måten man kommuniserer på, det vil si kroppsholdning, ord og uttrykk, stemmebruk, blikkontakt eller ikke, er også viktig. Økes eller senkes håpet og livsmotet? Gir sykepleierens atferd pasienten en følelse av forutsigbarhet, balanse og medvirkning? (* Antonovsky 2005). Hvis sykepleieren klarer å skape et stabilt og ivaretagende miljø, kan det være forebyggende for depresjon (* Fure, B. 1387).

Uansett skal sykepleieren møte pasienten med respekt og gi ham en følelse av verdighet, og av å bli sett som det unike menneske han er.

5. SYKEPLEIERS METODE FOR Å FOREBYGGE DEPRESJON

Når de vonde tankene kom, forsøkte jeg å trøste meg selv. Måtte ikke gi meg over til dem. De bare skadet. Slike tunge stunder hjalp ofte pleierne meg ut av ved å prate med meg. De både så og forsto. Jeg skulle etter hvert bli stadig mer glad i disse menneskene (Simonsen 1995, s. 47).

Hvis sykepleieren har med seg dette i sin daglige kontakt med pasientene, vet hun også hvor lite, i noen tilfeller, som skal til for å muntre opp den syke. Sykepleieren bør prøve å få pasienten til å se framover og til å tro på at situasjonen ikke alltid vil være som den er akkurat nå, den kan bli bedre. Det er også viktig å snakke om hva som er viktig for pasienten, hva han har å leve for, familie og venner, og framelske det meningsfulle i livet. Ikke minst kan sykepleieren prøve å få pasienten til å tro på seg selv og at han har ressurser til å hankes med den nye situasjonen.

Marit Kirkevold (1997) refererer til at sykepleieren har fire funksjoner når det gjelder rehabilitering av slagpasienter.

I den fortolkende funksjonen skal sykepleieren hjelpe pasienten til å få oversikt over sin nye livssituasjon, og til at pasienten får realistiske mål ut fra ressurser og begrensninger. Samtidig må hun gi pasienten og pårørende en forståelse av at bedring kan være tidkrevende.

I den støttende funksjonen skal sykepleieren gjennom å bygge tillit og trygghet hos pasienten, bidra til at håp, mestring, selvbilde og sosialt nettverk styrkes og opprettholdes. Trening avpasses slik at pasienten opplever mestring, en bør gi konstruktiv ros og oppmuntring.

I den integrerende funksjonen skal sykepleieren hjelpe pasienten å forstå hvordan rehabiliteringen foregår og hvorfor, flette læringen inn i ADL hele døgnet.

I den bevarende funksjonen skal sykepleieren gi pasienten helhetlig pleie og omsorg, dekke grunnleggende behov, sørge for balanse mellom aktivitet og

hvile, forebygge og opprettholde pasientens fysiske og psykiske energi (Almås 2001).

Marit Kirkevold er altså svært opptatt av den psykiske oppfølgingen av pasienten, og det forventes mye av sykepleieren, som vi ser. Hun presenterer her en "oppskrift" på rehabilitering av slagpasienter, med bakgrunn i helhetlig sykepleie. I den bevarende funksjonen summerer hun opp denne helhetlige tankegangen, som indikerer at forebygging av depresjon hos slagpasienter er viktig. Å holde oppe pasientens psykiske og fysiske energi skal være sykepleierens mål.

Konkrete områder og metoder sykepleier kan arbeide med, er å få pasienten til å: (* Rustøen 2001)

- tenke positivt
- føle at livet er meningsfullt og at man vokser på kriser
- få følelse av kontroll
- få følelse av å kunne nå mål
- bruke humor

5.1 Emosjonell pleie

Når sorgreaksjonene ikke blir tatt tak i, kan det være fare for at pasienten går inn i en depresjon av alvorligere karakter (jfr. 3.2.1). Hos mange vil god kommunikasjon med støttende samtaler virke preventivt på slike depresjoner, og forhindre forlenget rehabiliteringsprosess. En sykepleier som er obs på psykiske reaksjoner, som lytter til pasienten, gir emosjonell støtte, informasjon og eventuell psykoterapi, arbeider forebyggende mot depresjon og bedrer rehabiliteringen (* Gurr 2009b).

I følge Birgit Gurr foreligger det lite tilgjengelig litteratur når det gjelder generell psykisk pleie, bortsett fra Keith Nichols' (2003) bok *Psychological care for ill and injured people: a clinical guide* (* Gurr 2009b).

Nichols viser til at pasienten kan få realistisk håp og forventning ved at sykepleier gir det han kaller emosjonell pleie:

Sykepleiers mål:

- Støtte pasienter med emosjonelle reaksjoner som følge av deres sykdom, skade eller handikap.

Sykepleiers ferdigheter:

- Skape en trygg situasjon for pasienten og gi ham anledning til å reagere emosjonelt.
- Hjelp pasienten til å være fortrolig med følelsene sine, overvinne skam og hemninger, for derved å gi rom for følelsesmessige uttrykk.
- Gjøre det mulig å starte en undersøkelse og samtale om følelsesmessige reaksjoner.
- Kommunisere med forståelse og aksept.
- Gi støtte ved å vise at pasientens følelser blir satt pris på og akseptert.

Sykepleiers holdning:

- Ikke ha behov for å stanse gråt og fordrive sorg, angst og sinne. Være i stand til å akseptere og respektere pasientens følelser (* Nichols 2003).

Nichols påpeker nødvendigheten av informasjon, gitt på en skånsom, sannferdig og respektfull måte. Dette vil gi pasienten realistisk håp og forventning.

Som sykepleiere er det derfor viktig at vi er tålmodige og har god tid til pasienten. Han trenger å bli sett, lyttet til og forstått, og han trenger å få høre alternative tanker om seg selv. Han trenger å lære seg nye måter å tenke på og nye måter å se seg selv på, for å kunne gå videre og ta tak i utfordringene som ligger foran ham. Dette støttes av resultatene fra 16 forskjellige internasjonale undersøkelser blant 1655 slagpasienter, der det kommer fram en liten, men tydelig effekt når sykepleier benytter seg av psykoterapi som behandling (* Hackett et al. 2008b).

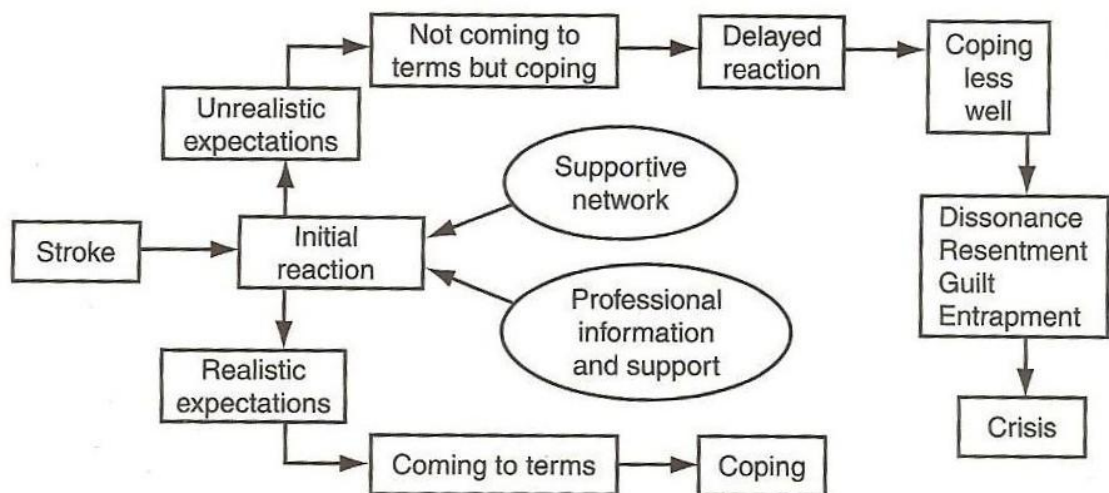
For å klare dette er viktig at sykepleier har kunnskaper og bevissthet om psykiske reaksjoner som kan oppstå, og at hun er i stand til å lytte og kommunisere på pasientens premisser. Hun må observere pasientens psykiske tilstand og rapportere videre om den til sine kolleger. Hun må gi både støtte og profesjonelle råd, og ha kunnskaper for å gi psykoterapi ved behov (* Nichols 2003).

Utfordringen er at mange sykepleiere fremdeles har mest fokus på det somatiske ved rehabilitering. Dårlig tid gjør at sykepleieren prioriterer fysiske behov foran psykiske. Sykepleier skal ha pedagogiske kunnskaper for å undervise og informere pasientene. Om pleieren er usikker på seg selv og sine evner, kan hun lett nedprioritere denne oppgaven.

Noen sykepleiere viser lite forståelse for annerledeshet eller kan bli skremt av sterke emosjonelle reaksjoner, og trekker seg tilbake av den grunn. Sykepleieren bør i stedet prøve å møte pasienten der han er, og uttrykke medfølelse og forståelse for hvor vanskelig situasjonen er. Som tidligere drøftet i oppgaven har ikke alle sykepleiere utviklet denne evnen (jfr. 4.2.1).

5.2 Krise eller mestring?

Nichols retter også søkelyset mot pårørende som en faktor for pasienten til å utvikle depresjoner. Han benytter seg av en figur fra A. Beer 1995 som han kaller «the care trap» (Nichols 2003, s. 76).



Nichols viser med denne figuren at vi som profesjonelle helsearbeidere har et stort ansvar i å gi pasienten adekvat informasjon i tillegg til den støtten han får.

Sykepleieren skal være hovedleverandør av realistiske forventninger hos både pasient og pårørende, slik at pasient og pårørende kan akseptere den nye livssituasjon. Dette styrker pasientens evne til å leve videre med sykdommen.

I de tilfellene der pårørende eller nettverk har en negativ påvirkning på pasienten med urealistiske forventninger, skal sykepleieren være en motvekt mot feilinformasjonen. Korrekt informasjon kan være medvirkende til at pasienten unngår depresjon etter slag. Målet er mestring framfor krise.

Et eksempel kan være barna til en eldre, slagrammet pasient som ønsker at han skal bo på institusjon resten av sin levetid. Dette kan sykepleier påvirke hvis hun ser at pasienten kan ha god livskvalitet ved å bo hjemme. Det er viktig at det skapes felles, realistiske mål.

Fravær av psykologisk pleie i helsevesenet kan svekke sykepleierens og den medisinske innsatsens effektive behandling. Det handler om å ha den rette innstillingen, og om å møte den syke eller skadde pasienten på en måte slik at den psykiske helsen blir ivaretatt. Dette skjer gjennom organisert praktisk ivaretagelse av pasientens helse, for å oppnå helhetlig helse hos pasienten (* Nichols 2003).

Som psykiatrisk sykepleier ved nevrologisk rehabiliteringsklinikk ved Akershus universitetssykehus så fint sa det: ”Det skal så lite til, pasientene trenger å bli sett og lyttet til. Vi prøver å være et varmt medmenneske som er tilgjengelig og aksepterende tilstede. Vi er ikke pågående, men lar pasienten styre hva de vil snakke om...”

5.3 Kurs og gruppesamtaler

Flere studier viser at pasienter som har deltatt på kurs og i støttegrupper, opplever bedret livskvalitet og styrket håp. De opplever mindre stress, trøtthet og depresjoner, og får økt mestringsfølelse og styrket selvbilde, sammenlignet med andre pasientgrupper. Det gir økt følelse av kontroll, samtidig som de kan få opplæring i mestringsferdigheter og problemløsningsmetoder (Rustøen 2001).

Når det gjelder apoplexia cerebri er tendensen den samme. Det å dele erfaringer med andre i samme situasjon er viktig for rehabiliteringen, siden det styrker livsmotet og mestringsfølelsen (* Gurr 2009a).

Rehabiliteringsavdelinger er en slik møteplass. Andres framskritt kan være inspirerende for egen rehabilitering, pasienten kan få noe å strekke seg etter.

De møter andre i samme situasjon og kan utveksle erfaringer og få støtte, samtidig som de får økt kunnskap om sin situasjon gjennom undervisning. Verdien av fellesskapet og av å se at andre er i samme båt er til stor nytte for den enkelte, som kan ha lettere for å akseptere situasjonen.

Framfor å sitte alene i en leilighet, er pasienten sammen med andre om opplevelsen på en rehabiliteringsenhet. Han slipper å føle seg ensom, han kan unngå negative tanker, noe som igjen er forebyggende mot depresjon.

Vår oppgave som sykepleiere omfatter også å opplyse og eventuelt opprette kontakt mellom pasient og interesseorganisasjoner, som kan fortsette uavhengig av helsevesenet. Pasienten kan her få videre støtte og informasjon, bli tilbudt kurs og sosiale aktiviteter. Etter vår erfaring opplever pasienten

denne kontakten som nyttig, og mindre travel enn den han møter i helsevesenet.

6. KONKLUSJON

Vi synes vi til en viss grad har klart å besvare problemstillingen om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å forebygge depresjon. Vi fant noe litteratur som gir oss forslag til tiltak vi kan benytte overfor pasienter som har hatt apoplexia cerebri, og vi vet mer nå enn før vi startet med eksamen.

Vår nye kunnskap er begrenset av at det ikke ser ut til å foreligge så mye data om temaet forebygging av depresjon hos slagpasienter. Men det er mer forskning rundt dette nå enn tidligere, noe flere av forskerne bak artiklene vi har brukt selv påpeker.

Keith Nichols har jobbet som klinisk psykologi 25 år. Han er den eneste vi har funnet som beskriver metodisk arbeid i forbindelse med forebygging av depresjon hos slagpasienter, noe som kan være en fare siden vi ikke får sammenlignet med andre teoretikere. Det finnes flere bøker og artikler om slag og depresjon, men det står lite om forebygging av depresjon i disse.

I tillegg har vi fått kunnskap fra pensum. Kirkevold har noen konkrete punkter om hva sykepleieren skal jobbe med, men ikke spesifikt hvordan hun skal gjøre det. Sykepleieteoretikerne omtaler viktigheten av helhetlig sykepleie, men sier lite om hva sykepleieren kan gjøre.

For å øke vår kunnskap skulle vi hatt enda bedre tid, og gått gjennom mer teoretisk kunnskap. Vi kunne hospitert i en lengre periode for å prøve ut vår nye kunnskap i praksis.

Vi anser forskningsresultatene vi fant om temaet for å være troverdige og pålitelige siden flere av dem er gjengitt i de nye retningslinjene om rehabilitering av hjerneslag fra Helsedirektoret, og siden flere av dem er sitert i andre artikler. Vi har kunnet trekke våre konklusjoner ut i fra dette.

Vi mener at vi gjennom oppgaven har funnet klare indikasjoner på at det forebyggende arbeidet mot depresjon er med på å avgjøre kvaliteten på rehabiliteringen, noe som var vår sekundære målsetting.

Arbeidsmetodene vi har beskrevet for å forbygge depresjon hos slagpasienter mener vi er overførbare til akuttpleien på sykehuset og til hjemmesykepleien. Samtidig mener vi at de også er overførbare til andre pasientgrupper som opplever et tap eller stor forandring i hverdagen etter sykdom.

Vi vurderer funnene dit hen at man må skape en "bedriftskultur" i helsevesenet, der det er standard at man som sykepleier blir opptatt av den psykiske helsen, så vel som den fysiske, hos slagpasienten. Alt forskningsmaterieil vi har lest viser at man er mest opptatt av den fysiske rehabiliteringen. Det faktum at de nye retningslinjene omtaler depresjon – forebygging og behandling med kun to sider av hundreogfemti, mener vi sier noe om hvor lite dette temaet vektlegges (Helsedirektoratet 2010).

7. ETTERORD

7.1 Prosessevaluering

Vi begynte tidlig å snakke om hva oppgaven skulle handle om, og ble fort enige om at psykisk rehabilitering av pasienter som har hatt hjerneslag var noe vi begge interesserte oss for. Undervegs har vi jobbet med flere problemstillinger, og samtalene vi har hatt med veileder og fagfolk ledet oss etter hvert til den endelige problemstillingen.

Siden vi begynte tidlig har vi disponert tiden godt og har kunnet arbeide målrettet uten å føle tidspress. Problemstillingen og litteraturen har fått anledning til å modnes i oss og gjort forståelse og tolkninger lettere.

Vi synes vi har lært mye av å skrive denne oppgaven, og at det har vært givende og morsomt å jobbe med temaet. Spesielt når vi fikk oversikt og fant forskningsartikler som handlet om akkurat det vi ville skrive om. Mot slutten synes vi at vi fikk god kunnskap om temaet, og lyst til å lære enda mer – ikke minst har vi fått lyst til å bruke de nyervervede kunnskapene i praksis.

Vi synes begge to at samarbeidet oss i mellom har vært smertefritt. Vi oppfatter at vi har utfyllt hverandre godt siden en av oss har hatt mye praktisk erfaring fra rehabiliteringsenhet, mens den andre har mer teoretisk bakgrunnskunnskap. Vi er begge romslige og synes vi har klart å lytte til den andres innspill, slik at vi har diskutert oss fram til løsninger begge kan stå for. Vi har hatt veldig god dialog og vært gode venner hele veien.

Vi synes vi har fått god veiledning på skolen og av ressurspersoner, noe som har hjulpet oss med progresjonen. En spesiell takk til de ansatte ved biblioteket som har vært utrolig serviceinnstilte og behjelpelige med å finne litteratur, og med å hjelpe oss med det datatekniske.

7.2 Produktevaluering

Vi er godt fornøyd med oppgaven totalt sett, og synes vi har klart å holde en rød tråd. Det var viktig for oss å skrive om et tema som handlet om helhetlig sykepleie, fordi vi ser at dette ofte mangler i praksis.

En svak side er at vi har vært usikre på hvor mye sykdomslære som skal være med i oppgaven. Apoplexia cerebri er en diagnose som er så sammensatt og omfattende at det har vært vanskelig å velge hva vi skulle ha med. Vi syntes det var viktig å ha med et grunnlag for forståelse av at konsekvensene kan føre til depresjon. Kanskje har vi litt for lite med om depresjon generelt, et stort tema, men vi valgte å omtale depresjon i forhold til slagpasienter. Vi burde hatt med mer om tegn på depresjon hos slagpasienter.

Sterke sider ved vår oppgave mener vi er funnet av ti internasjonale forskningsartikler som til sammen underbygger, og til en viss grad gir oss svar på vår problemstilling. Artikkene skaper et bilde vi synes er interessant å diskutere, og som vi mener underbygges av valget av teori for øvrig.

Vi har valgt å flette drøftingen inn i teorien undervegs, noe vi synes gir oppgaven et mer helhetlig preg og gjør den lettere å lese. Vi synes også vi har funnet god litteratur, særlig Keith Nichols og Aaron Antonovsky, for å drøfte vår problemstilling. Kanskje kunne vi ha nøydd oss med sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, og droppet Kari Martinsen, som blir noe teoretisk. Vi synes likevel hennes tanker om sykepleie her og nå, og ikke minst om svak paternalisme, er vel verd å reflektere over.

Litteraturliste

- * Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur. 271 s.
- * Fure, B. (1387). [Depression, anxiety and other emotional symptoms after cerebral stroke]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 127 (10) s. 1387-9.
- * Fure, B., T. B. Wyller, K. Engedal & B. Thommessen. (2006). Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (4) s. 382-387.
- * Gurr, B. (2009a). Emotional support for stroke survivors: Share your story group. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16 (10) s. 564-70.
- * Gurr, B. (2009b). Staff perceptions of psychological care on a stroke rehabilitation unit. *British Journal of Nursing*, 18 (1) s. 52-6.
- * Hackett, M., C. Anderson, A. House & C. Halteh. (2008a). Interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3 (3).
- * Hackett, M., C. Anderson, A. House & J. Xia. (2008b). Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 (4).
- * Lewis, S., M. Dennis, S. O'Rourke & M. Sharpe. (1640). Negative attitudes among short-term stroke survivors predict worse long-term survival. *Stroke*, 32 (7) s. 1640-1645.
- * Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. [Oslo]: Universitetsforl. 278 s.
- * Muus, I. (2008). *Helbredsrelateret livskvalitet etter apopleksi*. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, s. 11-15.
- * Nichols, K. (2003). *Psychological care for ill and injured people: a clinical guide*. Maidenhead: Open University Press. viii, 251 s.
- * Nortvedt, M. W. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. 224 s.
- * Rakvaag, G. (1991). *Pedagogisk-psykologisk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforl. 203 s.
- * Robinson, R. (2003). Poststroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54 (3) s. 376-387.
- * Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal akademisk. 126 s.

* Taylor, J. B. & K. Vogt. (2009). *Med et slag: hjerneforskerens reise fra hjerneslag til ny innsikt*. [Oslo]: Cappelen Damm. 211 s.

* Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforl. 287 s.

* Weir, L. & D. Cadilhac. (2007). Managing a stroke unit: An example from Australia with an emphasis on nursing roles. *International Journal of Stroke*, 2 (3) s. 201-207.

* Westlund, P. & A. Sjöberg. (2005). *Antonovsky inte Maslow: för en salutogen omsorg och vård*. Solna: Fortbildningsförlaget. 174 s.

* Whyte, E., B. Mulsant, B. Rovner & C. Reynolds. (2006). Preventing depression after stroke. *International Review of Psychiatry*, 18 (5) s. 471-481.

Almås, H. (2001). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. 2 b. s.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk. 277 s.

Hummelvoll, J. K., P. Jensen, T. E. Dahl & P. Olsen. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk. 614 s.

Håkonsen, K. M. (2003). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk. 351 s.

Jacobsen, D., B. Ingvaldsen, S. E. Kjeldsen, K. Solheim & K. Lund. (2001). *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal akademisk. 703 s.

Johannessen, B. (1995). *Forebyggende sykepleie*. [Oslo]: TANO. 121 s.

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt & E.-A. Skaug. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. 4 b. s.

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl. 238 s.

INTERNETT

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. [online] URL: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/nasjonal_retningslinje_for_behandling_og_rehabilitering_ved_hjerneslag_ful_lvsjon_702244 (28.4.2010).

