

Anonym

Depresjon etter hjerneslag

Hvordan kan sykepleier gjennom helsefremmende arbeid bidra til økt livskvalitet hos pasienter med depresjon etter hjerneslag?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7651

Bacheloroppgave i Sykepleie - HSYK3003

Juni 2021

Anonym

Depresjon etter hjerneslag

Hvordan kan sykepleier gjennom helsefremmende arbeid bidra til økt livskvalitet hos pasienter med depresjon etter hjerneslag?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7651

Bacheloroppgave i Sykepleie - HSYK3003
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Omtrent 12.000 mennesker blir årlig rammet av hjerneslag i Norge. Et hjerneslag kan ha flere følgekonskvenser, hvorav depresjon viser seg å være et relativt oversett utfall som forekommer hos 20-40% av de slagrammede.

Hensikt: Studiens hensikt er å besvare problemstillingen «Hvordan kan sykepleier gjennom helsefremmende arbeid bidra til økt livskvalitet hos pasienter med depresjon etter hjerneslag?»

Metode: Det er benyttet systematisk litteraturstudie som metode. Artikkelen bygger på søk i flere sykepleierrelaterte databaser som resulterte i åtte inkluderte artikler.

Resultat: Funnene belyser viktigheten med sykepleierens forståelse for pasientens situasjon og kjennskap til risikofaktorer for utvikling av depresjon etter hjerneslag. Samtidig viser mangel på informasjon seg som en faktor for usikkerhet hos slagpasientene. Ved å gi informasjon og etablere et støttende miljø ga dette økt forståelse og opplevelse av mening hos den slagrammede. Å tidlig identifisere og kartlegge depressive symptomer er sentralt for å bedre gjenopprettingen, samtidig opprettelsen av et realistisk håp bidro til å skape motivasjon og håpefullhet.

Konklusjon: Å ha kunnskap om pasientgruppen og samtidig forstå hvordan et hjerneslag påvirker livskvaliteten ligger i grunn for sykepleierens møte med den slagrammede. Ved at sykepleier gjennom en salutogen tilnærming gir informasjon, håp og støtte til pasienter med depresjon etter hjerneslag, og samtidig iverksetter realistiske og oppnåelige mål, kan dette bidra til å styrke motivasjonen for bedring, og at pasienten opplever sin situasjon som håndterlig, forståelig og meningsfull som videre er med på å styrke pasientens livskvalitet.

Nøkkelord: Hjerneslag, depresjon, livskvalitet, håp, helsefremmende arbeid.

DEN UNIKE KROPPEN

Det er du, ikke hjernen din som tenker.

Det er du, ikke viljen din som handler.

Det er du, ikke musklene dine som beveger seg.

Det er du, ikke stemmen din som snakker.

Det er du, ikke øynene dine som ser.

Du er her og du er nær.

Du er tenkende når du føler.

Du er følende når du tenker.

Du er mulighetene,

Du er kroppen.

Den unike, unike kroppen

er du.

(Ukjent forfatter, referert i Kristoffersen & Nortvedt, 2014 s.98)

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon	1
1.1	Introduksjon til tema	1
1.2	Bakgrunnskunnskap	1
1.3	Teori	2
1.3.1	Depresjon etter hjerneslag	2
1.3.2	Sykepleier i helsefremmende arbeid	2
1.3.3	Livskvalitet	4
1.4	Formål og problemstilling	6
2.0	Metode	7
2.1	Beskrivelse av metode	7
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.3	Søkestrategi	9
2.4	Vurdering og utvelgelse av artikler	11
2.5	Analyse	11
3.0	Resultat	13
3.1	Artikkelmatrise	13
3.2	Presentasjon av resultater	18
3.2.1	Kunnskap og forståelse	18
3.2.2	Informasjon og en god relasjon	19
3.2.3	Realistisk håp og støtte	19
4.0	Diskusjon	21
4.1	Ha kunnskap og forståelse	21
4.2	Identifisere og kartlegge	22
4.3	Gi informasjon og danne en god relasjon	22
4.4	Skape et realistisk håp og støtte	23
4.4	Implikasjoner for sykepleie	24
4.5	Metoderefleksjon	24
4.6	Konklusjon	25
	Referanseliste	27

Tabeller

Tabell 1 "Pico-skjema"	8
Tabell 2 "Inklusjon- og eksklusjonskriterier"	8
Tabell 3 "Søketabell"	9
Tabell 4 "Analysering av artikler"	12
Tabell 5 "Artikkelmatrise A"	13
Tabell 6 "Artikkelmatrise B"	13
Tabell 7 "Artikkelmatrise C"	14
Tabell 8 "Artikkelmatrise D"	15
Tabell 9 "Artikkelmatrise E"	15
Tabell 10 "Artikkelmatrise F"	16
Tabell 11 "Artikkelmatrise G"	16
Tabell 12 "Artikkelmatrise H"	17

1.0 Introduksjon

I dette kapitlet presenteres valgt tema for bacheloroppgaven med generell bakgrunnskunnskap og utvalgt teori. Avslutningsvis presenteres formålet og problemstillingen for oppgaven.

1.1 Introduksjon til tema

Årlig rammes omtrent 12 000 mennesker av hjerneslag i Norge (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg til å være en av Norges største folkesykdommer, er hjerneslag den tredje hyppigste dødsårsaken og mest sentrale årsaken til funksjonshemming hos eldre (Fjærtøft et al., 2019). Grunnet økt alder i befolkningen er antallet slagpasienter forventet å stige i årene fremover, og antall personer som lider av slagets følgekonsekvenser vil øke (Fjærtøft et al., 2019). Et av de mest oversette utfallene etter hjerneslag er angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2017). Årsrapport for hjerneslag viser til at et hjerneslag gir en økning i andel med angst og depresjon opp mot 15% (Fjærtøft et al., 2019).

At hjerneslag kan gi emosjonelle reaksjoner i ettertid, hvorav depresjon, har jeg selv erfart gjennom praksis på slagenhet. Samtidig har jeg erfart at manglende kunnskap, forståelse og kartlegging har medført at depresjon etter slaget ikke har blitt identifisert og at tidlige intervensjoner ikke har blitt iverksatt. Det har de siste årene blitt en gradvis økning i fokus på psykisk helse, men personlig opplever jeg det har vært for lite fokus på psykisk helse hos pasienter som har vært inne på sykehus grunnet akutt somatisk sykdom, og hvilke livsendringer dette medfører. Derfor ønsker jeg med denne bacheloroppgaven å rette søkelys mot tema depresjon etter hjerneslag.

1.2 Bakgrunnskunnskap

Hjerneslag er en samlebetegnelse av blodstrømforstyrrelser i hjernen som gir plutselige, fokalnevrologiske utfall. Den underliggende mekanismen er enten arteriell intracerebral blødning (hjerneblødning) eller akutt iskemi (blodpropp) (NINDS, 2019; Wyller, 2019). Omtrent 25% av slagoverlevende opplever nytt hjerneslag innen de første 5 årene (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, videre referert som; NINDS, 2019). Konsekvenser av hjerneslag kan være mange, både fysiske og psykiske. Eksempelvis kan fysiske konsekvenser være hemiplegi (halvsidig lammelser), hemiparese (halvsidig svakhet), lesevansker og talevansker (NINDS, 2019), i tillegg til søvnforstyrrelse og appetittløshet (Helsedirektoratet, 2017). Emosjonelle konsekvenser som fatigue, konsentrasjonsvansker, apati nedsatt motivasjon og emosjonell avflatning kan også oppstå (Helsedirektoratet, 2017), i tillegg til vansker med å kontrollere og uttrykke følelser og depresjon (NINDS, 2019).

Sykepleieren har flere ulike roller: en helsefremmende-, forebyggende-, behandlende-, lindrende-, rehabiliterende-, habiliterende-, undervisende-, veiledende-, organiserende- og fagutviklende rolle (Kristoffersen, Nortvedt, et al., 2014). I samfunnet er sykepleierens rolle «pleie av mennesker som trenger ulike former for hjelp, enten på grunn av sykdom eller skade, eller fordi de er i en spesielt utsatt og belastende livssituasjon» (Kristoffersen, Skaug, et al., 2014 s.11). De norske yrkesetiske retningslinjene definerer grunnlaget for all sykepleie om «respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (NSF, 2019). Som sykepleier i møtet med pasienter

er målet å opprettholde håp, gi mestring, og styrke selvbilde og sosiale (Kristoffersen, Skaug, et al., 2014). Sykepleierens arbeid i møtet med pasienten innebærer ifølge de yrkesetiske retningslinjene å ha ansvar for en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2019 pkt. 2.1).

1.3 Teori

I dette kapitlet presenteres det teoretiske perspektivet som ligger til grunn i oppgaven. Teorikapitlet vil ta for seg ulike begreper som bidrar til å kunne belyse problemstillingen senere i diskusjonskapitlet. De ulike fundamentene som belyses nærmere er «depresjon etter hjerneslag», «sykepleier i helsefremmende arbeid» og «livskvalitet».

1.3.1 Depresjon etter hjerneslag

Depresjon er et vidt begrep som kommer av latin og betyr nedrykking (Hummelvoll, 2006 s.171). Depresjon er en subjektiv opplevelse som omhandler sinnsstemningen, et syndrom eller egen sykdomsgruppe (Hummelvoll, 2006 s.171), og inndeles i tre underkategorier: mild, moderat og alvorlig depresjon (Hummelvoll, 2006 s.175). De tre fasene vil ikke utdypes nærmere da denne oppgaven omhandler det generelle fenomenet depresjon. Årsak til at depresjon utvikles er grunnet utfordrende livssituasjoner som sorg, tap og alvorlig sykdom (Hummelvoll, 2006 s.171). I følge Håkonsen (2014 s.255) er et menneske deprimert når en har oppfatning av at livet er mørkt og ikke vil endres til noe positivt, samtidig som en opplever seg utilstrekkelig og mislykket. De mest sentrale symptomene på depresjon er nedstemthet, kraftløshet, nedsatt aktivitet, initiativløshet, fatigue og håpløshet samtidig opptrer ofte kroppslige symptomer som appetittløshet, obstipasjon, dyssomnier, skyldfølelse, smerter, nedstemte tanker om fremtiden, planer om selvskading og selvmord (Helsedirektoratet, 2017). Vanlige konsekvenser av hjerneslag kan i midlertidig feiltolkes som symptomer på depresjon (Helsedirektoratet, 2017).

Omtrent 20-40% av slagrammede opplever depressive symptomer etter hjerneslag (Fure, 2007), noe som kan gi nedsatt rehabiliteringspotensiale (Helsedirektoratet, 2017) og viser til økt funksjonstap og dødelighet (Helsedirektoratet, 2009). Å bli avhengig av andre, miste funksjoner, bli uføretrygdet, miste kontakt med venner, kolleger og inntekt, smerter og redusert søvnkvalitet er faktorer som kan medføre depresjon (LHL, 2019). Et hjerneslag kan oppleves som en traumatisk krise grunnet plutselig livsendring og tap av selvstendighet og kontroll over eget liv (Håkonsen, 2014; LHL, 2019). Begrepet depresjon etter hjerneslag vil i besvarelsen bli benevnt som både depresjon og poststroke depresjon (PSD).

1.3.2 Sykepleier i helsefremmende arbeid

Forebyggende helsearbeid omfavner to begreper: helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid. Hvor sistnevnte har som mål å forhindre at sykdom utvikler seg hos friske (primær sykdomsforebygging), hindre tilbakefall eller utvikling av sykdom (sekundær sykdomsforebygging) og redusere følgene sykdom får for funksjon og livskvalitet (tertiære sykdomsforebygging) (Mæland, 2016 s. 16). Begrepet helsefremming ble utformet i Ottawa-charteret, i Ottawa (1986), på den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid. Helsefremmende arbeid ble

definert som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (Mæland, 2016 s.77).

Denne oppgaven baserer seg på hvordan sykepleier skal jobbe helsefremmende i møtet med slagpasienter uavhengig om det er på sengepost, rehabilitering eller i hjemmet. For at oppgaven skal ha en rød tråd, og ikke omfavne for store begreper innen helsefremmende arbeid er intervensjoner som motiverende intervju, styrking av pasientens ressurser (Empowerment) utelatt tross disse sees på som sentrale. Det blir derimot lagt vekt på begrepene opplevelse av mening, håp, informasjon og støtte.

Sykepleierens rolle

Sykepleierens rolle ved å jobbe helsefremmende innebærer å styrke pasientenes mestringsopplevelse med å rette fokus mot ressurser, opplevelser, erfaringer og forutsetninger for å gi god helse og bedre livskvaliteten (Drageset, 2014; Kristoffersen, 2014a; Mæland, 2016). For å belyse sykepleierens rolle i møtet med pasienten, blir sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1926-1973) fremhevet. Travelbee definerer sykepleie som «En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee 1971, referert i Kristoffersen, 2014d s.216). Det mest sentrale i Travelbees eksistensialistiske filosofi er at smerte og lidelse er en uunngåelig del av livet. Ut ifra dette tar teorien utgangspunkt i en mellommenneskelig prosess ved at sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre og finne mening ved sykdom og lidelse. Travelbee har et menneskesyn som tilsier at ethvert menneske er unikt, og at lidelse er en del av livet som gir personlig mulighet til vekst og utvikling. Sykepleierens funksjon i møtet med mennesket er å hjelpe til med mestring og finne mening i erfaringene som kommer av lidelse og sykdom. Sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk i samhandling, og etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold, samtidig som sykepleier skal gi mulighet for aksept av sårbarhet og gi håp (Kristoffersen, 2014d s.215-7).

Kommunikasjon og en god relasjon

Kommunikasjon og relasjon er sentrale begreper i møtet med enhver pasient, hvor førstnevnte defineres som en «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (Eide & Eide, 2013 s.17) og sistnevnte benyttes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Å gi informasjon og veiledning er sykepleierens viktigste kommunikative oppgave som bidrar til å opprette menneske-til-menneske-forholdet, gi kunnskap, forståelse og samtidig opprette kontroll og mestring, noe Travelbee også påpeker (Eide & Eide, 2013 s.136+292). Den helsefremmende samtalen innebærer å kartlegge pasientens behov, problemer og ressurser og hjelpe pasienten til å foreta valg ut ifra pasientens egne premisser (Mæland, 2016 s.124). Sykepleierens rolle i den helsefremmende samtalen er å være rådgivende, inngi tillit, vise åpenhet og empati (Mæland, 2016 s.124). Eide og Eide (2013 s.36) anser empati, evnen til å lytte og sette seg inn i andres situasjoner, som sentralt i god profesjonell kommunikasjon. Samtidig anses nonverbal kommunikasjon som en grunnleggende og profesjonell ferdighet gjennom hele hjelpeprosessen (Eide & Eide, 2013 s.199). Nonverbal kommunikasjon kan benyttes som et hjelpemiddel til å skape motivasjon ved å være bekreftende, oppmuntrende og styrkende i møtet slik at trygghet og tillit oppnås (Eide & Eide, 2013s.199).

Sykepleieren har en undervisende og veiledende rolle (Kristoffersen, Nortvedt, et al., 2014 s.17). Mæland (2016 s.126) viser til opplevelsen av usikkerhet hos mange pasienter i forbindelse med eget sykdomsbilde og forløp, og belyser samtidig behovet for kunnskap og forståelse. Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinje for hjerneslag (2017)* belyser støttesamtaler og informasjon gjennom slagskole eller lærings- og mestringssenter som ikke-medikamentelle intervensjoner hos deprimerede slagpasienter (Helsedirektoratet, 2017). Ved sykdom danner pasienter et bilde ut ifra informasjonen som er gitt og forventninger, som omtales som «den opplevde sykdommen». Denne oppfattelsen bidrar til å styre pasienten og påvirker det videre forløpet. Derfor står informasjon til pasienten sentralt for å bedre oppfølgingen og behandlingsopplegget slik at pasienten opplever mening og forståelse (Mæland, 2016 s.126-7).

Kartlegging

Med begrepet kartlegging menes en gjennomgang og vurdering av forhold som er av betydning for pasientens behov, og en vurdering av hvilke intervensjoner som kan være aktuelle for å imøtekomme disse behovene (Kristoffersen, 2014c s. 325). Ifølge Helsedirektoratets nasjonale retningslinje for *diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (2009)* er slagpasienten innen risikozonen for å utvikle depresjon. Derfor hevdes det at det rutinemessig bør utføres kartlegging for å identifisere depresjon hos denne pasientgruppen. *Nasjonale faglige retningslinje for hjerneslag (2017)* påpeker slagpasienten bør ha blitt vurdert i henhold til depresjon og eventuell tilbud om psykoterapi innen første måned etter slaget. De ulike kartleggingsverktøy som kan være aktuelle å benytte gjennomgås ikke, men vil kun nevnes i oppgaven.

1.3.3 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet, Quality of life (QoL), er et vidt begrep og har siden begynnelsen av 1990 blitt akseptert som et mål for pasientbehandlingen (Kristoffersen, 2014b s.57). Dette belyses også i *forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp* som påpeker livskvalitet er et akseptert mål for helsehjelp (Prioriteringsforskriften, 2000). Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet som et «vidt begrep om individets oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, sammenlignet med deres mål, forventninger, standarder og bekymringer» (egen oversettelse, WHO, 1997). Livskvaliteten blir blant annet påvirket av personens fysiske helse, psykologiske tilstand, grad av uavhengighet, egen tro og sosiale forhold (WHO, 1997).

Salutogen tilnærming for økt helse

Salutogenesens «far», Aron Antonovsky, stilte i 1978 et vendende spørsmål i helseforskningen; «Hva skaper helse?» (Espnes & Lindström, 2014 s.27-9). Dette medførte at en ny helseforskningstradisjon ble skapt, hvor flere forskere innså det var meningsløst å finne årsaken til hva som ga god helse innen behandling og forebygging av sykdom (Espnes & Lindström, 2014 s.27), men derimot fokuserte på faktorer og forhold som styrket og fremmet helse til tross for de påkjenninger mennesker er utsatt for (Kristoffersen, 2014b s.50). Ut ifra dette retoriske spørsmålet brukte Antonovsky betegnelsen salutogenese om sin modell (Kristoffersen, 2014b s.51), hvor *salus* er gresk

og betyr helse og *genesis* kommer fra latin og betyr opprinnelse (Espnes & Lindström, 2014 s.27). De tre begrepene håndterlighet, forståelse og mening er sentrale innen salutogenese. (Hummelvoll, 2006 s.547) Hvor *håndterlighet* omhandler menneskets evne til å føle mestring og takle ulike utfordringer ut ifra egne ressurser, *forståelse* omhandler opplevelse av forutsigbarhet og forståelighet den opplevde livssituasjonen, og *mening* omhandler evnen til motivasjon, vilje og mestring til utførelse av faktorer som påvirker deres fremtid (Hummelvoll, 2006 s.547). Det vil gjennom hele besvarelsen bli vektlagt at sykepleier jobber ut ifra et salutogent- og helsefremmende perspektiv.

Opplevelsen av mening (OAS), eller «sence of coherence» (SOC) ble også presentert av Antonovsky i 1985, hvor han definerte det som «en altomfattende orientering som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgropende, vedvarende – men likevel dynamisk – følelse av tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er en høy sannsynlighet for at ting vil utvikle seg så godt som det er rimelig grunn til å anta» (Antonovsky 1985, referert i Hummelvoll, 2006 s. 579-80). Definisjonen relateres til begrepene identitet, livsvilje, kontroll, optimisme og evne til å holde ut i utfordrende livssituasjoner (Hummelvoll, 2006 s.548). Antonovsky erfarte at mennesker som tålte ulike livspåkjenninger bedre enn andre, hadde en økt indre følelse av sammenheng som i utfordrende situasjoner bidro til å gi motivasjon og håp, noe som blir løftet frem som en avgjørende faktor i retning helse (Hummelvoll, 2006 s.580) . Hummelvold peker på vanskeligheten med å presisere konkrete helsefremmende tiltak for opplevelse av mening, men tiltak som styrker og utvikler menneskets sosiale nettverk blir blant annet nevnt (Hummelvoll, 2006 s.580-1).

Håp og støtte

Begrepet håp forbinder nåtiden med fremtiden og innebærer å ha positive forventninger til muligheter og evne å se fremtiden som meningsfull (Eide & Eide, 2013 s.56).

Travelbee omtaler håp som:

«Håp er en sjelelig tilstand som kjennetegnes av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, kombinert med en viss forventning om at det som er ønsket eller ettertraktet, er oppnåelig. En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil si bli mer behagelig, meningsfylt eller glederikt, dersom han oppnår det han ønsker» (Travelbee 1971, s.77 referert i Kristoffersen, 2014d s.217)

Et realistisk håp bidrar til å styrke motivasjon og vilje til forandring. Ved dannelsen av oppnåelige små, kortsiktige og realistiske mål skaper dette opplevelse av mening, mestring i tillegg til motivasjonen om videre arbeid, forandring og fremgang styrkes (Eide & Eide, 2013 s.57). Sykepleiers oppgave er å lytte til pasientens ønsker, behov og danne realistiske mål i samhandling og styrke selvtilliten (Eide & Eide, 2013 s.57). Hummelvoll (2006 s.192) påpeker at sosial støtte er avgjørende for å bedre selvtilliten hos pasienter med depresjon, ved at de opplever bekreftelse og en følelse av å være til nytte. Pasienten behøver derfor nærhet, respekt og fortrolighet fra familie og profesjonelle hjelpere. Sykepleieren bør invitere pårørende til samarbeid og samtale, både for å gi økt kunnskap om lidelsen og hvordan de best kan gi støtte til den deprimerte. Støttegrupper påpekes likeledes som alternativ dersom pasienten har et sparsomt sosialt nettverk (Hummelvoll, 2006 s.192). Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinjer for hjerneslag* (2017) belyser trygt og godt miljø rundt den slagrammede

som oppbyggende i rehabiliteringsfasen og anbefaler etablering av et trygt og støttende miljø for slagpasienter med depresjon.

1.4. Formål og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse temaet depresjon etter hjerneslag, og rette lys mot hvordan sykepleier gjennom helsefremmende arbeid kan gi økt livskvalitet hos slagpasienter. Med bakgrunnskunnskap om belyste fenomener stilles derfor stilles følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gjennom helsefremmende arbeid bidra til økt livskvalitet hos pasienter med depresjon etter hjerneslag?

2.0 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985; sitert i Dalland, 2015 s.110).

2.1 Beskrivelse av metode

Denne bacheloroppgaven baserer seg på ett systematisk litteraturstudie som metode. Mulrow og Oxman (referert i Forsberg & Wengström, 2013, s.27) definerer et systematisk litteraturstudie ved at det tar utgangspunkt i et tydelig problemstilling som systematisk besvares ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Forsberg og Wengström (2013) forutsetter et systematisk litteraturstudie inneholder tilstrekkelige studier av god kvalitet som grunnlag for å kunne gjøre vurderinger og beslutninger. Litteraturstudie tar derfor utgangspunkt i allerede eksisterende kunnskap og forskning over valgt problemstilling. Hensikten med å utføre en litteraturstudie er å sammenfatte kunnskap og danne en oversikt over et bestemt tema, i tillegg kan det avdekke kunnskapshull som kan gi grunnlag for empirisk forskning (Forsberg & Wengström, 2013).

I arbeidet med å utføre et systematisk litteratursøk ble Forsberg og Wengströms (2013) ulike steg i utvelgelsesprosess benyttet:

Steg én omhandlet å finne interesseområde og søkeord (kapittel 2.1).

Steg to omhandlet å avgrense søket (se kapittel 2.2).

Steg tre omhandlet å gjennomføre søk i de ulike databasene (se kapittel 2.3).

Steg fire omhandlet å gjennomføre egne søk etter upubliserte artikler og pågående forskning om tema. Dette ble valgt bort i utvelgelsesprosessen da kun publiserte artikler var ønskelig.

Steg fem omhandlet utvelgelsen av relevante artikler ved å lese tittel og sammendrag (abstrakt) for å vurdere om disse var aktuelle for nøyere gjennomlesing. (kapittel 2.4)

Steg seks omhandlet å lese de utvalgte artiklene i sin helhet og gjøre en kvalitetsvurdering. (kapittel 2.4)

Det ble ut ifra steg én valgt tema og problemstilling for oppgaven. På bakgrunn av valgt tema ble det dannet et PICO-skjema som fundament for å systematisere og presisere litteratursøket (se tabell 1). PICO står for **P**opulation (pasientgruppe), **I**ntervention (tiltak/eksponering), **C**omparison (sammenligning) og **O**utcome (utfall) (Strømme, 2017).

Tabell 1 "Pico-skjema"

P		I	C	O
Patient		Intervention	Comparison	Outcome
Slagpasienter	Depresjon etter slag	Helsefremmende arbeid Forebygge	Ikke brukt	Mestring Motivasjon Livskvalitet Håp
Søkeord				
Stroke Stroke patients Post-stroke	Post stroke-depression Depression	Nursing Prevent Intervention Recovery Health promotion		Quality of life Hope HRQoL
AND				

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Steg to i Forsberg og Wengström (2013) utvelgelsesprosess omhandlet å avgrense søket. For å benytte artikler av god kvalitet er kun fagfelleverderte studier inkludert. Det ble vektlagt at artiklene benyttet IMRaD-struktur, er publisert i tidsperioden 2010-2021 og skrevet på norsk eller engelsk. I tillegg ble søk i Norsk publiseringsindikator (NSD, 2021) utført, hvorav alle inkluderte artikler er fra tidsskrift med godkjent publiseringskanal nivå1 eller nivå2. Oppgavens hovedvekt er på sykepleieperspektivet, men studier med pasient- og pårørendeperspektivet er også benyttet for å få en helhetlig forståelse fra flere synsvinkler. I tillegg er det valgt å inkludere både primærkilder og sekundærkilder, med hovedvekt på primærkilder. Primærkilder presenterer ny kunnskap om emnet, som for eksempel originalartikler. Mens sekundærkilder presenterer allerede kunnskap som er publisert og oppsummerer dette, som oversiktsartikler (Dalland, 2015). Tabell 2 viser oversiktlig oppsummering av inklusjon- og eksklusjonskriteriene som er benyttet i oppgaven. Alle inkluderte studiene ble grundig gjennomgått for å kontrollere at de hadde fokus på depresjon etter hjerneslag og dens påvirkning.

Tabell 2 "Inklusjon- og eksklusjonskriterier"

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Fagfelleverderte tidsskrift (Peer-reviewed) - Tidsskrift med Nivå 1 eller Nivå2 i Norsk publiseringskanal - Publisert i perioden 2010-2021 - Nordisk eller Engelsk språk - Kvalitative-, kvantitative- og oversiktsartikler - Slagpasienter med depresjon/symptomer på depresjon/post-stroke depression - Pasienter over 18 år 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke oppbygd etter IMRaD - Pasienter som har kommunikasjonsproblemer/afasi - Depresjon før hjerneslag eller andre alvorlige psykiske lidelser før slaget - Ikke sammenlignbar med Nordiske forhold - Artikler som omhandler fatigue eller apati etter hjerneslag - Ikke overførbar til Norske forhold

2.3 Søkestrategi

Steg tre i Forsberg og Wengströms (2013) utvelgelsesprosess omhandlet å utføre søk i databaser. Det ble utført søk i databasene CINAHL, EMBASE, Medline og PubMed, i tillegg til håndsøk i Sykepleien Forskning og Oria. Flere ulike søk i ulike databaser bidro til å få et bredere søk og for å forsikre om at mest mulig relevante artikler ble inkludert.

De norske termene ble omgjort til engelsk ved å benytte «*meSH på norsk og engelsk*». Ut ifra PICO ble blant annet disse søkeordene og meSH emneordene (**MH**) benyttet: «Stroke», «Depression», «post stroke depression», **MH** quality of life or «HRQoL», «health promotion», «prevention», «nursing». De boolske operatorerene «AND» og «OR» ble brukt for å kombinere og begrense søkeordene (Forsberg & Wengström, 2013; Strømme, 2017). I tillegg ble søkene avgrenset i forhold til tidsperspektiv, språk og fagfelle vurdering (se tabell 2). Tabell 3 viser til de endelige kombinasjonene og sammensettingene av de søkeordene i hver enkelt database, og funnene som resulterte i de inkluderte artiklene for oppgaven.

Tabell 3 "Søketabell"

Database / dato	Søk	Søkeord Emneord = MH Nøkkelord = «»	Antall treff	Avgrensninger	Valgte artikler
MedLine (Ovid) 15/4-2021	S1	«stroke» OR MH Stroke	336162		
	S2	«depression OR MH Depression	426899		
	S3	S1 AND S2	9424		
	S4	(«post stroke depression»)	900		
	S5	S3 OR S4	9424		
	S6	«Nursing» OR MH Nursing	626428		
	S7	«Prevent»	459934		
	S8	S5 AND S6 AND S7	6	2011-2021	(G)
	S9	(MH Quality of life OR «HRQoL»)	211637		
	S10	S4 AND S6 AND S9	3	2011-2021	(F)
PubMed (Medline) 4/4-2021	S1	«Post-stroke depression»			
	S2	«Quality of life» «Prevention»			
	S3	S1 AND S2 AND S3	15	Fulltext 2011-2021	(H)
CINAHL complete 1/5.2021	S1	«Stroke» OR MH Stroke	126927		
	S2	«Hope» OR MH Hope	25684		
	S3	«nursing»	752436		
	S4	S1 AND S2 AND S3	18	2011-2021 Peer Reviewed	(D)
	S5	«depressive symptoms»	26584		
	S6	«health related quality of life" OR MH Quality of Life	123386		
	S7	«Recovery» OR MH Recovery	67220		
	S8	S1 AND S5 AND S6 AND S7	13	2010-2021 Peer Reviewed Språk: Norsk, Engelsk, Dansk,	(A)

				Svensk	
EMBASE 16.5.2021	S1	«Post stroke» OR MH Stroke	239019		
	S2	«depression» OR MH Depression	755229		
	S3	S1 AND S2	12259		
	S4	«post stroke depression OR MH Post-stroke depression	1779		
	S5	S3 AND S4			
	S6	«health promotion» OR MH Health promotion	118334		
	S7	«intervention» OR MH Nursing intervention	1044159		
	S8	S6 OR S7	1142937		
	S9	«quality of life» OR MH quality of life	645722		
	S10	«psychologic Adaption" OR MH coping behavior	70061		
	S11	S9 OR S10	704280		
	S12	«nursing» OR MH Nursing	597772		
		S13	S5 AND S8 AND S11 AND S12	6	2010-2021
Oria 28.4.2021	S1	«Helsefremming» «livskvalitet» «sykepleier» «hjerneslag»	2		(B)
Sykepleien 29.3.2021	S1	«Depresjon» AND «Hjerneslag»	10	Forskning 2011-2021	(E)
Inkluderte artikler					
<p>A: Almborg, A. H., Ulander, K., Thulin, A. & Berg, S. (2010). Discharged after stroke—important factors for health-related quality of life. <i>Journal of clinical nursing</i>, 19(15-16), 2196-2206. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03251.x</p> <p>B: Bøe, M. G., Pettersen, S. & Haraldstad, K. (2017). Frisk, men likevel ikke som før. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i>, (2), 90-103. https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-02-02</p> <p>C: Chen, L., Zhang, Q. & Liu, Y. (2020). Effect of comprehensive nursing care on elderly patients with post-stroke depression and analysis of risk factors for this disease. <i>International journal of clinical and experimental medicine</i>, 13(5), 3522-3530.</p> <p>D: Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D. & Westwood, M. (2012). Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. <i>Journal of advanced nursing</i>, 68(9), 2061-2069. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x</p> <p>E: Kouwenhoven, S. E. & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. <i>Sykepleien Forskning</i>, 8(4), 334-342. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134</p> <p>F: Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K. & Kim, H. S. (2012). 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. <i>Journal of advanced nursing</i>, 68(8), 1726-1737. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05855.x</p> <p>G: McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., Salgueiro, D., Tehan, T., Rosand, J. & Vranceanu, A.-M. (2019). Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers. <i>Neurocritical care</i>, 30(3), 581-589. https://doi.org/10.1007/s12028-018-0641-6</p> <p>H: Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N. & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. <i>General Hospital Psychiatry</i>, 66, 70-80. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011</p>					

2.4 Vurdering og utvelgelse av artikler

Etter gjennomlesing av en rekke titler og sammendrag, steg fem i Forsberg og Wengströms (2013) utvelgelsesprosess, ble flere artikler utvalgt for å nøyere gjennomgå og kvalitetsvurderes (steg seks). Hovedsakelig primærartikler var vektlagt, men det ble i midlertidig inkludert én sekundærartikkel, oversiktsartikkel, da den nylig var publisert og oppsummerer temaet «post-stroke depression» (Medeiros et al., 2020).

Det ble høyt vektlagt at artiklene var bygd etter IMRaD-strukturen, og at artiklene var overførbare til Norske forhold da resultatene fra søkene ga artikler fra flere ulike deler av verden. Det ble derimot valgt å benytte en artikkel fra Kina (Chen et al., 2020) og en fra USA (McCurley et al., 2019) i tillegg til de andre artiklene fra Nordiske og Europeiske forhold, da disse ble ansett som relevante tross den geografiske lokalisasjonen av studiedeltagerne. Alle inkluderte studiene var etisk godkjent.

Samtidig ble det vektlagt at artiklene var av god kvalitet (steg seks i Forsberg og Wengströms (2013) utvelgelsesprosess). Studiene som ble valgt ut ble videre kritisk gjennomgått med sjekklister for kvalitetsvurdering (Helsebiblioteket, 2016) og det ble undersøkt om tidsskriftet artikkelen var publisert i hadde nivå én eller nivå to ved Norsk senter for forskningsdata (2021) sin publiseringskanal.

Etter nøyere gjennomgang resulterte utvelgelsen i totalt 8 inkluderte artikler, hvorav fire kvalitative studier (Bøe et al., 2017; Kouwenhoven et al., 2012; McCurley et al., 2019; Tutton et al., 2012), tre kvantitative studier; én randomisert kontrollert studie (Chen et al., 2020) og to tverrsnittstudier (Almborg et al., 2010; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013) og én oversiktsartikkel (Medeiros et al., 2020). Studier med kvalitativt design har som hovedmål å innhente opplysninger som ikke lar seg tallfeste, som meninger og opplevelser, noe som gir dybde og innsikt ut ifra erfaringer og holdninger (Dalland, 2015 s.112). Studier med kvantitativt design gir derimot målbare, tallfestede data (Dalland, 2015). Randomiserte kontrollerte studier (RCT) er en form for kvantitativ studie og anses som den mest hensiktsmessige metoden da den besvarer effekten av tiltak ut ifra at deltagerne tilfeldig blir plassert i studiegruppe og kontrollgruppe (Forsberg & Wengström, 2013 s.77). Tverrsnittstudie er også en type kvalitativ studie, men har et svakere bevisverdi da den innhenter data på eksponering og utfall ved et bestemt tidspunkt, hvor hensikten er å studere sammenhenger eller informasjon om den nåværende situasjonen (Forsberg & Wengström, 2013 s.81). Tverrsnittstudiene ble likeledes vurdert av god kvalitet ved å benytte «sjekkliste for vurdering av prevalensstudie» (Helsebiblioteket, 2016) og som relevante for å besvare problemstillingen.

2.5 Analyse

«Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle» (Dalland, 2015 s.144). Å analysere innebærer å inndele og undersøke hvert enkelt fenomen for så å se alt i helhet (Forsberg & Wengström, 2013 s.152). I denne oppgaven er Evans (2002) sin metode for innholdsanalyse benyttet. Innholdsanalysen innebærer fire ulike faser hvor man systematisk klassifiserer og gjennomgår resultatene:

Fase en omhandler innsamling av datamateriale for å belyse problemstillingen (Evans, 2002). Det ble i denne oppgaven valgt åtte forskningsartikler, hvor søkeprosessen og utvelgelsen er presentert i kapittel 2.3 «søkestrategi» og kapittel 2.4 «vurdering og utvelgelse av artikler».

Fase to angis nøkkelfunn fra hver artikkel (Evans, 2002). De inkluderte artiklene ble nøye gjennomgått gjentatte ganger og interessante funn ble nedskrevet i artikkelmatrise. Ved gjennomgangen av artiklene ble de skrevet ut i komprimert form for så å bli gjennomlest og markert med ulike fargekoder. I tillegg ble de ulike tema fra hver artikkel avkrysset i et oversiktsskjema for å få en generell oversikt over hva artiklene handlet om (se tabell 4).

Fase tre sammenlignes resultatene på tvers av studiene. Hensikten er å gruppere resultatene i hovedtema og undertema (Evans, 2002). Ut ifra inndelingen av hovedtema i fase to, ble artiklene på nytt gjennomgått og videre kategorisert i undertema. Denne prosessen bidrar i en progressiv forbedring og forståelse av fenomenet (Evans, 2002). Tabell 4 viser den endelige inndelingen av hovedtema og undertema ut ifra de inkluderte artiklene.

Tabell 4 "Analysering av artikler"

Hovedtema	Artikkel								
	Tema	A	B	C	D	E	F	G	H
Forståelse over pasientens situasjon	Ha kunnskap og forståelse (årsakssammenheng)	X		X		X			X
	Pasientens opplevelse (bli avhengig, hjelpeløs)	X	X	X	X	X	X	X	X
	Slagets påvirkning av livskvalitet + angst for fremtiden	X	X	X	X	X	X	X	X
	Kartlegging	X		X		X		X	X
Kommunikasjon og Relasjonsbygging	Kommunikasjon og informasjon		X				X	X	
	Relasjonsbygging (+tillit)			X	X			X	
Håp og støtte	Et realistisk håp og motivasjon			X	X	X	X	X	X
	Sosial og familiær støtte	X		X		X		X	X

Fase fire beskrives resultatene fra fase tre (Evans, 2002). Det ble ut ifra de inkluderte artiklene identifisert tre hovedtema som skal bidra til å besvare problemstillingen: «kunnskap og forståelse for pasientens situasjon», «kommunikasjon og relasjonsbygging» og «håp og støtte». Disse resultatene skal redegjøres i form av tekst med henvisninger og vil derfor bli presentert i resultatkapittelet (Evans, 2002).

3.0 Resultat

På bakgrunn av analysering av de åtte utvalgte artiklene presenteres funnene for hver artikkel først i matrise, deretter sammenfattes de og presenteres ut ifra de tre hovedkategoriene som ble presentert i analysekapittelet: «kunnskap og forståelse for pasientens situasjon», «kommunikasjon og relasjonsbygging» og «håp og støtte». Sammenfattingen av artiklene i de ulike hovedkategoriene vil kunne bidra til å besvare problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier gjennom helsefremmende arbeid bidra til økt livskvalitet hos pasienter med depresjon etter hjerneslag?*

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 5 "Artikkelmatrise A"

Referanse (A)	
Almborg, A. H., Ulander, K., Thulin, A. & Berg, S. (2010). Discharged after stroke –important factors for health-related quality of life. <i>Journal of clinical nursing</i> , 19(15-16), 2196-2206. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03251.x	
Hensikt	Studiens hensikt var å identifisere faktorer som påvirket livskvaliteten på ulike helserelaterte områder hos pasienter med hjerneslag etter utskrivelse fra sykehus.
Metode	Tverrsnittstudie. 188 personer fra en slagenhet i Sør-Sverige, på gjennomsnitt 74 år, er inkludert. Det ble utført intervjuer 2-3 uker etter utskrivelse fra slagenheten med bruk av ulike kartleggingsverktøyer. Intervjuene fant sted i perioden oktober 2003 til november 2005. Alle typer slagpasienter ble inkludert, men pasienter som hadde alvorlig kommunikasjonsproblemer eller uttalt kognitiv svikt ble ekskludert.
Resultat	Livskvalitet er et viktig aspekt av livet etter hjerneslag. Flere variabler etter slaget er med på å påvirke livskvaliteten: bl.a. alder, kjønn, depresjon, fatigue, sosial deltakelse. Resultatene viste at depressive symptomer er assosiert med dårligere livskvalitet. Grad av selvstendighet, sosiale aktiviteter, yngre, mannlig kjønn og kortere varighet av sykehusopphold var relatert til høyere livskvalitet. Kartleggingsverktøyet CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) er benyttet og vurdert som et pålitelig og gyldig kartleggingsverktøy for å undersøke depresjon hos slagpasienter.
Kommentarer	Studien påpeker viktigheten med tidlig oppdagelse, behandling og kartlegging av depressive symptomer hos slagpasienter. Og hvilke sykepleieintervensjoner som kan være relevante for å bedre pasientens livskvalitet, som kan tas med i drøfting av oppgaven.

Tabell 6 "Artikkelmatrise B"

Referanse (B)	
Bøe, M. G., Pettersen, S. & Haraldstad, K. (2017). Frisk, men likevel ikke som før. <i>Nordisk sykeplejeforskning</i> , (2), 90-103. https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-02-02	
Hensikt/ Forsknings- spørsmål	Studiens hensikt er å innhente kunnskap og erfaringer om hvordan livskvalitet og endring av livsstil hos slagrammede er påvirket. Studien har disse forskningsspørsmålene: -Hvordan erfarer slagrammede at hjerneslaget har påvirket livskvaliteten? -På hvilken måte har hjerneslaget hatt betydning for endring av livsstil for å forebygge nye hjerneslag?
Metode	Kvalitativ. Det er benyttet kvalitative forskningsintervju hos pasienter ved en slagenhet ved Helse Sør-Øst i 2013 omtrent 3 måneder etter slaget. Ni slagrammede Pasienter(48-77år) som har fått trombolytisk behandling er inkludert. Pasienter med afasi ble ekskludert.

Resultat	Studien konkluderer med at et hjerneslag påvirker livskvaliteten. Blant annet angst for nye slag, tap av frihetsfølelse. Samtidig medførte slaget en økt bevisstgjøring om egen livsstil. Mestring, deltagelse i samfunnet, og å komme tilbake til jobb er sentralt i rehabiliteringen. Sykepleierens bidrag med muntlig og skriftlig informasjon, og forebyggende og helsefremmende rolle i samråd med pasient og pårørende står sentralt og kan bidra til at slagrammede opplever økt mestring.
Kommentarer	Studien påpeker viktigheten med å gi informasjon og bidra til å motivere og utnytte pasientens ressurser for å skape mestring og gjøre pasientens situasjon forståelsesfull, håndterbar og meningsfull. Dette kan relateres til en helsefremmende tilnærming og en større opplevelse av sammenheng som drøftes i oppgaven.

Tabell 7 "Artikkelmatrise C"

Referanse (C)	
Chen, L., Zhang, Q. & Liu, Y. (2020). Effect of comprehensive nursing care on elderly patients with post-stroke depression and analysis of risk factors for this disease. <i>International journal of clinical and experimental medicine</i> , 13(5), 3522-3530	
Hensikt	Studiens hensikt var å undersøke effekten av omfattende sykepleie hos eldre pasienter med post-stroke depression (PSD) og risikofaktorer for denne sykdommen.
Metode	Denne RCT-studien har inkludert 168 pasienter behandlet for hjerneslag i perioden august 2017 til oktober 2019 ved Sykehus i Kina. (Alle inkluderte var over 60år, hadde ikke demens, afasi og var ikke tidligere blitt behandlet/diagnostisert med depresjon). Slagpasientene ble først delt inn i to grupper: Pasienter med PSD(n=98) og pasienter uten PSD (n=70), deretter ble pasientene med PSD tilfeldig delt inn i en studiegruppe og en kontrollgruppe (à 49 deltakere) som fikk lik medikamentell behandling, men studiegruppen hadde mer fokus på «omfattende» sykepleietiltak som: <ul style="list-style-type: none"> - Aktivering av familiær støtte - Oppretting av et godt pasient-pleier forhold - Tilfredsstillende pasientens grunnleggende behov - Observering av pasientens væremåte og tale - Økt fokus på en trinnvis rehabilitering - Økt fokus på å gi psykologisk rådgivning og oppmuntring
Resultat	Resultatene viste at sykepleier kan bidra til å lindre depresjon og forbedre kognitiv funksjon, livskvalitet og ADL hos eldre med PSD. Sykepleietiltakene (nevnt under metode) bidro til å bedre studiegruppens depresjon score (HAM-D) og livskvalitetsscore (SS-QOL) 3 måneder etter hjerneslaget sammenlignet med kontrollgruppen. Samtidig viste resultatene at eldre kvinner var mer utsatt for PSD enn menn. Og at enslige er mer utsatt for PSD grunnet isolasjon, nedsatt sosial deltagelse og ingen samtalepartnere. Viktigheten med å forstå risikofaktorer for PSD står sentralt for å forebygge og redusere forekomsten.
Kommentarer	Studiens nevnte sykepleietiltak er aktuelt å drøfte i oppgaven, og hvorfor dette bidrar til å påvirke livskvaliteten. Studien påpeker at hjerneslag allerede er en alvorlig stresshendelse for eldre pasienter, og det kan skapes en ond sirkel grunnet redusert livskvalitet som igjen forverrer depresjonen som kan påvirke prognosen negativt. Behovet for en samtalepartner blir videre drøftet i oppgaven. Riktig målrettet sykepleierintervensjoner viser å være sentralt for å lindre depresjon og forbedre livskvalitet i behandlingen av hjerneslag.

Tabell 8 "Artikkelmatrise D"

Referanse (D)	
Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D. & Westwood, M. (2012). Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. <i>Journal of advanced nursing</i> , 68(9), 2061-2069. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x	
Hensikt	Studiens hensikt var å undersøke opplevelsen av håp for pasienter og ansatte på slagenhet.
Metode	Kvalitativ studie. Ti pasienter og ti ansatte ved en Britisk slagenhet ble intervjuet i perioden november 2007 til november 2008 samtidig som det ble foretatt observasjoner. Pasientene var i alderen 37-72 år, og kun pasienter som evnet å kommunisere ble inkludert. Av ansatte var seks sykepleiere inkludert i tillegg til fysioterapeut, ergoterapeut, overlege og helseassistent.
Resultat /Diskusjon	Slagpasienter opplevde tap av funksjoner, tap av mental kapasitet og avhengighet, som medførte vanskeligheter med å opprettholde håpefullheten. Pasientene lengtet etter å komme tilbake til det normale. Det er nyttig for sykepleier å bidra til pasientens opplevelse av håp for å lette rehabilitering og «komme seg» etter sykdom. Depresjon viste til å forverre opplevelsen av håp og fortvilelse. Støttende intervensjoner i ADL ble brukt for at pasientene fikk mulighet for å uttrykke sine følelser. Sykepleierens støttende rolle og opprettelse av realistisk håpefullhet stod sentralt. Fire hovedtema ble identifisert: Lidelse, Håpløshet og fortvilelse, Håp om bedring, realistisk håpefullhet.
Kommentarer	Pasientenes synspunkt og opplevelse av håpløshet, fortvilelse er relevant å drøfte opp imot livskvalitet og opplevelsen av håp om bedring. Samtidig som sykepleierens utfordringer og bidrag med å tilby realistisk håpefullhet er sentralt.

Tabell 9 "Artikkelmatrise E"

Refereanse (E)	
Kouwenhoven, S. E. & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. <i>Sykepleien Forskning</i> , 8(4), 334-342. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134	
Forsknings-spørsmål	Studien har disse forskningsspørsmålene: - «Hva er karakteristisk for depresjonen etter hjerneslag slik den er erfart og kommer til uttrykk hos slagrammede?» - «Hvordan er det å leve med depresjon etter hjerneslag de første månedene etter slaget?» - «Hvordan endrer erfaringen med depresjon seg over tid?»
Metode	Kvalitativ. Denne lonngitudinelle studien har fulgt en gruppe på ni deprimerte slagrammede hvor det er utført gjentagende dybdeintervjuer (å 30-90 min). Første intervju var ved akutfase (4-7 uker etter slag). Oppfølgingsintervju ble utført ved 3,6,12 og 18 måneder etter slaget. Kartleggingsverktøyet som ble brukt for å kartlegge depressive symptomer var Beck Depression Inventory II (BDI). Det var flere inklusjonskriterier som måtte oppfylles for å delta i studien (BDI>14, >18år, førstegangsslag, norskstalende, evne til å gjennomføre intervju).
Resultat /Diskusjon	Studien viser til at depresjon etter hjerneslag ofte er oversett i praksis. Og at depressive symptomer etter hjerneslaget henger sammen med tapsopplevelsen og konsekvensene av slaget, noe som kan være vanskelig for sykepleier å skille. Det er mange hensyn å ta ved Kartlegging av depressive symptomer etter hjerneslag og bør kombineres med samtaler med pasientens egen opplevelse. De ulike elementene av depressive symptomer er med på å påvirke pasientens livskvalitet. Sykepleieren bør ha en «vid horisont», tenke helhetlig og på enkeltindividet i møtet med pasienten. Spesielt ensomme eldre og yngre med økonomiske og sosiale forpliktelser er utsatt for depresjon etter hjerneslag.
Kommentarer	Studien beskriver sykepleierens rolle i møtet med slagpasienter, og hvilke kartleggingsverktøy som er aktuelle å benytte. Den tar også for seg pasientenes opplevelse og reflekterer rundt om hjerneslag er en reaksjon på tap eller konsekvens av slaget som er relevant å drøfte i oppgaven.

Tabell 10 "Artikkelmatrise F"

Referanse (F)	
Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K. & Kim, H. S. (2012). 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. <i>Journal of advanced nursing</i> , 68(8), 1726-1737. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05855.x	
Hensikt/ Forsknings- spørsmål	Studiens hensikt var å beskrive slagoverlevedes opplevelse av depressive symptomer i den akutte fasen. Og tar for seg disse spørsmålene: A: Hva er depresjonens karakter av pasienter med hjerneslag i den akutte fasen B: Hvordan er det å leve med depresjon de første ukene etter hjerneslag?
Metode	Kvalitativ studie. Dybdeintervjuet 9 personer å 45 -90 minutter i tidsperioden januar-september 2008. De inkluderte er fra ulike slag- og rehabiliteringsenheter i Sør-Norge. Intervjuene ble foretatt fire til syv uker etter slaget. «The Beck Depression Inventory II» (BDI II) ble benyttet som kartleggingsverktøy. Inklusjonskriterier i studien var: <ul style="list-style-type: none"> - gjennomgått førstegangs hjerneslag - over 18 år - BDI II >14 - Diagnostisert med depresjon av lege - Evne til å kommunisere Eksklusjonskriterier var: <ul style="list-style-type: none"> - behandling med antidepressiva før slag - Terminale - Behandles for bipolar lidelse
Resultat /Diskusjon	Studien påpeker at slagoverlevende med depressive symptomer opplever `å leve et liv i gråtoner`. Blant annet ved å føle seg innesperret i en ny livsverden og å oppleve å miste seg selv som man en gang var. Deltakerne påpekte at de hadde depressive symptomer, men hadde ikke depresjon alene. De opplevde blant annet tap/sorg, ensomhet, håpløshet og isolasjon grunnet svekkede funksjoner og tap av språk. Samtidig som de ble mer avhengige av andre i hverdagen. Studien resulterer i at sykepleieren bør ta hensyn til livsendringene som forekommer hos overlevende slagpasienter og forstå tapet og reaksjonen på et vendepunkt i pasientens liv. Sykepleieren bør gi informasjon, veiledning og støtte i akutfasen og videre forløp. Sykepleieren bør bidra til å sette realistiske mål og finne mestringsstrategier, finne nye muligheter og sette mer «farge i livet» til slagpasientene.
Kommentarer	Sykepleierens rolle i møtet med slagrammede med å bidra til mestring, finne håp og gi pasientene «farge i livet» er relevant å drøfte videre for hvordan sykepleier kan bidra til økt livskvalitet. Samtidig er slagpasientenes opplevelse relevant å benytte i drøftingen og viktigheten med kunnskap og informasjon.

Tabell 11 "Artikkelmatrise G"

Referanse (G)	
McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., Salgueiro, D., Tehan, T., Rosand, J. & Vranceanu, A.-M. (2019). Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers. <i>Neurocritical care</i> , 30(3), 581-589. https://doi.org/10.1007/s12028-018-0641-6	
Hensikt	Studiens hensikt var å undersøke hvilke tiltak sykepleiere kan benytte for å forebygge emosjonelt stress (som angst, depresjon og post-traumatisk-stress) hos slagrammede og deres nærmeste pårørende.
Metode	Kvalitativ. Det ble utført 24 semistrukturerte intervju med slagrammede og deres pårørende, og to fokusgruppeintervju med 15 sykepleiere som hadde tilknytting til de inkluderte pasientene i perioden mai-juli 2017. Pasientene ble intervjuet første uke ved sykehusinnleggelse på nevrontensiv avdeling. Både iskemiske og hemoragis slagpasienter over 18 år som hadde pårørende ble inkludert. De med alvorlig kognitive utfall og nedsatt evne til å kommunisere etter slaget ble ekskludert.

Resultat /Diskusjon	Studien peker frem ulike tiltak for å forebygge post-stroke depression. Det å gi tilstrekkelig informasjon og kunnskap bidrar til å redusere frykt og bekymringer som pasient og pårørende sitter med. I tillegg til nevnte forebyggende tiltak var også tiltak som å gi oppmuntring, sosial støtte, fokusere på nåtiden, og god mellommenneskelig kommunikasjon vist å være effektiv. Å kartlegge pasientene ble tatt frem som et tidsbesparende tiltak for å tidlig identifisere pasientenes behov for psykososiale intervensjoner. Det å tidlig iverksette intervensjoner og følge opp dette kunne bidra til å forbedre både den fysiske og psykiske opptreningen.
Kommentarer	Studiens resultater om hvilke intervensjoner som er nyttige for å forebygge post-stroke depression er aktuell å benytte i oppgaven. Den tar for seg flere ulike helsefremmende måter sykepleier kan handle for å forebygge PSD som videre kan bidra til økt livskvalitet. Tiltakene kan allerede iverksettes før pasientens utskrivelse fra sykehus og studien viste det er sentralt å starte tidlig intervensjoner.

Tabell 12 "Artikkelmatrise H"

Referanse (H)	
Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N. & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 66, 70-80. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.011	
Forsknings-spørsmål	Artikkelens hovedmål er å besvare disse spørsmålene: *Hva er risikofaktorer for PSD? *Hva er de patofysiologiske mekanismene som bidrar til PSD? *Hvordan skal klinikere søke etter/skrive og diagnostisere PSD? *Hvilken kunnskap for forebyggende inngrep/tiltak i PSD har vi? *Hvordan skal klinikere behandle PSD?
Metode	Denne narrative review artikkelen oppsummerer totalt 124 artikler innhentet fra ulike databaser. Hovedvekten av artiklene ble publisert etter 2016. Flere inklusjon og eksklusjonskriterier måtte oppfylles (>18 år, hatt hjerneslag, vurdert depressive symptomer med standardisert depresjonsmål)
Resultat /Diskusjon	Post stroke depresjon er svært underdiagnostisert og underbehandlet og forekommer hos 18-33% av slagrammede. Personer med PSD har høyere risiko for dødelighet, mer uttalt funksjonshemming, lavere livskvalitet og økt tendens til suicidale tanker, sammenlignet med personer uten depresjon etter hjerneslag. Risikofaktorer for utvikling av PSD er: kvinnelig, tidligere psykisk sykdom, store/flere hjerneslag, skader i frontale/fremre områder eller i basalgangliene, venstresidig hjerneslag, hjerneslag siste år, dårlig sosial støtte, følelse over å ikke ha kontroll og uttalt funksjonshemming. Forebygging og beste behandling for PSD er kombinasjon av farmakologiske og psykososiale slagfokuserede intervensjoner. Kartleggings skjema som viste å være sentral var HAM-D, CES-D og PHQ-9.
Kommentarer	Denne review-artikkelen oppsummerer flere artikler som omhandler depresjon etter hjerneslag. Hvilke risikofaktorer som er med på å utvikle PSD er nyttig å ha kjennskap til, samtidig som hvilke sykepleieintervensjoner som har vist å være effektive og hvilke kartleggingsverktøy som kan være aktuelle å benytte. Studien konkluderer også med at tidlig oppdagelse og riktig håndtering er avgjørende for å oppnå best resultater hos personer med PSD.

3.2. Presentasjon av resultater

Ut ifra analysering av artiklene (tabell 4) presenteres resultatene videre i tre hovedkategorier i dette kapitlet.

3.2.1 Kunnskap og forståelse

At sykepleier har kunnskap og forståelse for hva hjerneslagpasienter gjennomgår, anses som et sentralt funn i flere av de inkluderte studiene (Bøe et al., 2017; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013; Kouwenhoven et al., 2012). I Almborg et al. (2010) påpeker at hjerneslag påvirker menneskers liv, spesielt ved aktiviteter i dagliglivet, deltagelse i sosiale sammenkomster og livskvalitet. Medeiros et al. (2020) belyser at poststroke depresjon forekommer hos 18-33% og understreker det er underdiagnostisert og underbehandlet. I likhet belyser Almborg et al. (2010) at en tredjedel av slagpasienter utvikler depressive symptomer, med økt risiko første måneder etter slaget.

Depresjon etter hjerneslag relateres til økt sannsynlighet for vedvarende depresjon, lengre sykehusopphold, dårligere fysisk rehabilitering, redusert sosial aktivitet, økt funksjonshemming, lavere livskvalitet, selvmord og tidlig død sammenlignet med hjerneslagpasienter uten depresjon (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013; Medeiros et al., 2020). Almborg et al. (2010) viser til at behandling av depresjon etter hjerneslag bedrer livskvaliteten. Best behandling av poststroke depresjon er ifølge Medeiros et al. (2020) kombinasjon av farmakologiske og psykososiale slagfokuserende intervensjoner.

Samtidig løfter enkelte studier frem at kjennskap til risikofaktorer for poststroke depresjon er sentralt for å forebygge og redusere forekomsten (Chen et al., 2020; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013; Medeiros et al., 2020). Studier viser til at kvinner er mer utsatt enn menn (Almborg et al., 2010; Medeiros et al., 2020), og ensomme eldre er mer utsatt grunnet isolasjon og nedsatt sosial deltagelse (Chen et al., 2020; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Medeiros et al. (2020) understreker at symptomer på depresjon kan skyldes slagets konsekvenser og at sykepleier bør observere tilstedeværelsen eller fraværet av ikke-somatiske symptomer som skyldfølelse, håpløshet, verdiløshet og depressivt humør for å skille slagets konsekvenser med poststroke depresjon. Kouwenhoven og Kirkevold (2013) påpeker i midlertidig at depressive symptomer etter hjerneslag kan være en sorgreaksjon. Sykepleierens rolle blir i Almborg et al. (2010) og Kouwenhoven og Kirkevold (2013) studier ansett som å gjenkjenne depressive symptomer, kartlegge og iverksette tiltak gjennom hele slagforløpet.

Livskvalitetens påvirkning

I alle kvalitative studiene uttrykte deltagerne et ønske om å kunne leve som før og at slagets utfordringer påvirket livskvaliteten (Bøe et al., 2017; Kouwenhoven et al., 2012; McCurley et al., 2019; Tutton et al., 2012). De mest sentrale faktorene som medførte tap av livskvalitet var ifølge Bøe et al. (2017) fatigue, konsentrasjonsvansker, hukommelsesproblemer og emosjonelle endringer. Frykten og angst for nye hjerneslag hadde også påvirkning (Bøe et al., 2017; Kouwenhoven et al., 2012; McCurley et al., 2019; Tutton et al., 2012). Flere av deltagerne i Kouwenhoven et al. (2012) studie beskrev seg som å være fanget og å miste seg selv, definert som å leve et liv i gråtoner. Kontrasten fra selvstendighet til å bli avhengig av andre og miste sin identitet skapte frustrasjon og håpløshet (Kouwenhoven et al., 2012; McCurley et al., 2019; Tutton et al., 2012). Kouwenhoven et al. (2012) påpekte viktigheten med sykepleierens

forståelse for at pasienten gjennomgår denne livskrisen, både hos de med store utfall, men også de med mindre, usynlige konsekvenser (Kouwenhoven et al., 2012). Dette belyses også hos Bøe et al. (2017) hvor deltagerens livskvalitet var påvirket, tross ingen synlige komplikasjoner etter slaget. I tillegg belyser Almborg et al. (2010) at sosialt aktive hadde høyere livskvalitet, men at slagpasienter ofte er mer isolerte og mindre aktive grunnet nedsatt mobilitet og økt grad av avhengighet. Dette belyser også Tutton et al. (2012) og Kouwenhoven et al. (2012) studier. Resultater fra Bøe et al. (2017) sin studie viser derimot økt fysisk aktivitet hos flere av deltakerne da slaget bevisstgjorde en endring av livsstil.

Kartlegging

Depressive symptomer etter hjerneslag poengterer Kouwenhoven et al. (2012) er vanskelig å forstå, men resultatene av studien viser til at pasienter har behov for hjelp og støtte. Sykepleier tilbringer mye tid med slagpasientene i den akutte fasen, noe Kouwenhoven et al. (2012) trekker frem som en mulighet og ansvar sykepleierne kan nyttiggjøre. Medeiros et al. (2020) poengterer mangelen på kartlegging av poststroke depresjon som et langvarig problem og at tidlig identifisering er sentralt for å oppnå best rehabilitering (Almborg et al., 2010; McCurley et al., 2019; Medeiros et al., 2020). For å vurdere behov for psykososiale intervensjoner er kartleggingsverktøy et tidsbesparende tiltak (McCurley et al., 2019). I Almborg et al. (2010) studie er kartleggingsverktøyet CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) benyttet og vurdert som pålitelig og valid for å undersøke depresjon hos slagpasienter. I tillegg til nevnte kartleggingsverktøy trekker Medeiros et al. (2020) frem HAM-D og PHQ-9 som sentrale, men studien påpeker i midlertidig nødvendigheten med økt forskning for å avgjøre det mest hensiktsmessige kartleggingsverktøyet for poststroke depresjon.

3.2.2 Informasjon og en god relasjon

Funnene i Kouwenhoven et al. (2012) studie understreker at sykepleiere bør gi informasjon, veiledning og støtte i den akutte fasen og videre i slagforløpet til både pasienter og pårørende. Å gi muntlig og skriftlig informasjon, bevisstgjøre viktigheten av livsstilsendring og risikofaktorenes påvirknings var i Bøe et al. (2017) studie mangelfull hos pasientene. Slagets opplevelse medførte vansker å innhente opplysninger da pasientene opplevde «situasjonen de var i som kaotisk og at ting gikk over hodet på dem» (Bøe et al., 2017 s. 97). Lignende funn fremkom i McCurley et al. (2019) studie hvor pasienter og pårørende opplevde usikkerhet og ønsket økt kunnskap og informasjon om slagets konsekvenser, prøvesvar, utskrivingsdato og håndtering av slaget. Å lære pasienter og pårørende å fokusere på nåtiden i stedet for å fokusere på om den slagrammede blir bedre ble ansett som sentralt (McCurley et al., 2019). Samtidig ble det å skape et godt pasient-pleier forhold ansett som et sentralt sykepleietiltak for å forebygge poststroke depresjon i Chen et al. (2020) studie. Ved at helsepersonell var gode lyttere og tålmodige bidro dette til at pasientene følte seg tryggere og opparbeidet tillit (Chen et al., 2020).

3.2.3 Realistisk håp og støtte

Tutton et al. (2012) studie påpeker det kan være utfordrende som sykepleier å jobbe med pasienter som ikke har noen form for håpefullhet eller motivasjon. Sykepleierens rolle blir derfor å bidra til å skape et realistisk håp gjennom det daglige arbeidet og ikke

gi falske forventninger (Kouwenhoven et al., 2012; Tutton et al., 2012). Sykepleierne i Tutton et al. (2012) studie definerer et realistisk håp om en balanse mellom slagets alvorlighetsgrad og muligheten for bedring. Hensikten med å skape et realistisk håp ifølge Tutton et al. (2012), å omformulere håpet slik at pasientene ikke mister motivasjonen når de opplever at hverdagen trolig ikke blir som tidligere. Hos pasienter med uttalte utfall hvor det ikke anses noen form for håp av rehabilitering fremkommer det i Tutton et al. (2012) sin studie at sykepleierens rolle blir å finne innovative måter for å danne et håp om bedring. Chen et al. (2020) artikkel poengterer sykepleier bør bidra til oppmuntring, motivasjon og anerkjennelse ved enhver fremgang for å øke pasientens håp om bedring.

Å dra fordel av familie og sosial støtte i rehabiliteringen av depresjon etter hjerneslag, for å gi pasienten økt selvtillit, forståelse og respekt, antas å være vesentlig ifølge studien til Chen et al. (2020), McCurley et al. (2019) og Kouwenhoven og Kirkevold (2013). Funn fra Chen et al. (2020) viste ingen signifikant sammenheng om at støtte fra familiemedlemmer reduserte utvikling av poststroke depresjon. Studien påpekte derimot at partnerstøtte var sentralt for å unngå utvikling av poststroke depresjon, da en samtalepartner ble ansett som sentralt for å forebygge kjedsomhet, ensomhet, hjelpeløshet og depressive symptomer (Chen et al., 2020).

4.0 Diskusjon

På bakgrunn av belyst teori, fagkunnskap, erfaringer og funn av resultater skal disse bidra til å besvare problemstillingen: Hvordan kan sykepleier gjennom helsefremmende arbeid bidra til økt livskvalitet hos pasienter med depresjon etter hjerneslag?

Resultatdelens inndeling av hovedtema er benyttet som inspirasjon til diskusjonskapittelets tre underkapitler: «kunnskap og forståelse», «informasjon og relasjon» og «håp og støtte». Hvilke implikasjoner resultatene har for sykepleierens rolle vil også drøftes i eget kapittel mot slutten av diskusjonsdelen, i tillegg til litteraturstudiens styrker og svakheter. Avslutningsvis konkluderes oppgaven med hovedfunn relatert til problemstillingen.

4.1 Ha kunnskap og forståelse

Sykepleieren har en helsefremmende rolle, som skal bygge på en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Kristoffersen, Skaug, et al., 2014; NSF, 2019). For at sykepleier skal bidra til å øke deprimerte hjerneslagpasienters livskvalitet kan det tenkes det er vesentlig å ha kjennskap til denne pasientgruppen og hvilke risikofaktorer som ligger i grunn for utvikling av depresjon etter hjerneslag. Dette samsvarer også med hva flere av de inkluderte studiene påpeker, om viktigheten med at sykepleier har forståelse og kunnskap om hva slagpasientene gjennomgår (Bøe et al., 2017; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013; Kouwenhoven et al., 2012). Dersom sykepleier ikke har god nok kjennskap til pasientgruppen, eller risikofaktorer som hvem som kan være mer utsatt for poststroke depresjon enn andre, kan det tenkes dette medfører konsekvenser for pasientgruppen som videre medfører økt belastning på helsevesenet. Blant annet belyser Kouwenhoven og Kirkevold (2013) og Medeiros et al. (2020) uttalt funksjonshemming, lengre liggedøgn på sykehus, selvmord eller forsøk på selvmord som konsekvenser av poststroke depresjon, som kan relateres til økt belastning for helsevesenet dersom intervensjoner ikke iverksettes. Almborg et al. (2010) og Medeiros et al. (2020) fremhever at kvinner er mer utsatt enn menn, samtidig belyser Chen et al. (2020) og Kouwenhoven og Kirkevold (2013) at enslige eldre er mer utsatt. Å være faglig oppdatert og ha kunnskap er samtidig forankret i *lov om helsepersonell* (2019) og de *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* som sier «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig» (NSF, 2019 pkt.1.3). Det å ha kunnskap og forståelse for pasientens situasjon kan også tenkes å relateres til at pasienten føler seg sett, som videre kan bidra til å øke livskvaliteten.

Et hjerneslag kan tenkes å være belastende for ethvert menneske som har vært utsatt for denne akutte situasjonen. Hjerneslagets mange konsekvenser kan bidra til en enorm livsendring da det kan medføre tap av grunnleggende funksjoner, selvstendighet og kontroll over eget liv (Håkonsen, 2014; LHL, 2019). Dette belyser også Almborg et al. (2010) studie som påpeker at et hjerneslag påvirker menneskers liv, med spesiell påvirkning av livskvalitet, aktiviteter i dagliglivet og sosial deltagelse. Samtidig kommer det frem i Bøe et al. (2017) og Kouwenhoven et al. (2012) studier at livskvaliteten også er påvirket hos personer med ikke-synlige konsekvenser etter slaget. Deprimerte opplever ofte meningsløshet og tap av kontroll over livet (Hummelvoll, 2006 s.190), det kan derfor tenkes en opplevelse av mening og sammenheng er avgjørende for at disse personene akter å mestre livssituasjonen. Dette kan også settes i lys med pasientenes erfaringer i både Kouwenhoven et al. (2012), Bøe et al. (2017), McCurley et al. (2019) og Tutton et al. (2012) studier hvor pasientene opplevde å miste sin identitet, tap av

funksjoner og sosial isolasjon som medførte både håpløshet og negativ påvirkning av livskvaliteten. Sykepleierens oppgave kan derfor tenkes å være å gjøre pasientens situasjon håndterlig, forståelig, forutsigbart og gi en opplevelse av mening slik at pasienten opplever kontroll og styring i eget liv som videre vil bidra til å bedre livskvaliteten. Blant annet kan sykepleier vise forståelse, kartlegge, danne en god relasjon, gi håp og støtte.

4.2 Identifisere og kartlegge

Depresjon etter hjerneslag forekommer hos 18-33%, men studier viser til at fenomenet både er underbehandlet og underdiagnostisert (Fure, 2007; Medeiros et al., 2020). Kouwenhoven og Kirkevold (2013) studie viser til at flere av deltagerne, tross utfall på depressive symptomer, ikke så på seg selv som deprimerte. Dette kan på en annen side vise til at depressive symptomer etter hjerneslag også kan være en reaksjon på slagets konsekvenser, eller en sorgreaksjon grunnet tapene, og ikke tegn på depresjon (Helsedirektoratet, 2017). Kouwenhoven et al. (2012) poengterer i sin studie at sykepleier benytter mye tid med pasienten ved et slagforløp, noe som kan nyttiggjøres ved observering av endringer i pasientens emosjonelle tilstand. Dette i likhet med Almborg et al. (2010) studie som belyser at sykepleierens rolle er å gjenkjenne depressive symptomer, kartlegge å iverksette tiltak gjennom hele slagforløpet.

For å unngå overdiagnostisering av poststroke depresjon viser Medeiros et al. (2020) studie til at sykepleier bør se på tilstedeværelsen eller fraværet av ikke-somatiske symptomer, som skyldfølelse, verdiløshet, depressivt humør eller håpløshet, som deprimerte mer sannsynlig har. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at grundig kartlegging er viktig både for å identifisere, men også for å iverksette tidlige intervensjoner slik at pasienten får hjelp og støtte, som igjen kan bidra til økt livskvalitet. Både Almborg et al. (2010), McCurley et al. (2019) og Medeiros et al. (2020) studier belyser at tidlige intervensjoner mot depresjon bedrer slagpasienters rehabilitering, noe som igjen kan tenkes å bidra til økt livskvalitet da rehabilitering anses som sentralt i gjenopprettingen av funksjoner, håp og mening. Kouwenhoven og Kirkevold (2013) og Medeiros et al. (2020) viser derimot ikke til at det er noen veletablerte kartleggingsverktøy for depresjon etter hjerneslag, men Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinjer for hjerneslag* (2017) viser til kartleggingsskjemaene *Montgomery and Aasberg Depression Rating Scale* (MADRS) og *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) for vurdering av depresjon. Hvilket tidspunkt det er mest hensiktsmessig å utføre kartleggingen på belyser ingen av studiene, men det kan tenkes det er uhensiktsmessig å kartlegge i den akutte fasen grunnet den traumatiske påkjenningen slaget medfører. På en annen side poengterer flere ulike studier viktigheten med tidlig identifisering og kartlegging. Gjentatte kartlegginger kan derfor tenkes å være sentralt for å observere en eventuell utvikling.

4.3 Gi informasjon og danne en god relasjon

Sykepleieren har en helsefremmende og forebyggende rolle, men også en undervisende og veiledende rolle (Kristoffersen, Nortvedt, et al., 2014 s.17). For Travelbee er kommunikasjon en dynamisk prosess og et instrument i sykepleieprosesser, som bidrar til å opprette menneske-til-menneske-forholdet og mestring av sykdom, lidelse og ensomhet (Eide & Eide, 2013 s.136). Ved å benytte profesjonelle kommunikative

ferdigheter, som verbal og non-verbal kommunikasjon, og samtidig møte pasienten på en helsefremmende måte, kan dette i samsvar med Travelbees teori tenkes å bedre sykepleier-pasient-relasjonen, og gi økt opplevelse av kontroll og mening. Samtidig kan det tenkes denne tilnærmingen bidrar til at slagpasienten får et oppriktig syn av «den opplevde sykdommen», som videre kan gi opplevelse av mening og forståelse og en indre motivasjon og styrke som fremmer livskvaliteten (Mæland, 2016 s.126-7). På en annen side kan også sykepleierens holdninger, som å møte pasienten med respekt, åpenhet og empati bidra til at tillit oppnås og at det dannes en god relasjon. Dette kan videre gi pasienten en form for trygghet ved at de opplever et godt forhold til sykepleieren, noe som også belyses i Chen et al. (2020) studie som påpeker det å skape et godt forhold mellom pasient og pleier ved å lytte og være tålmodig bidro til opplevelse av trygghet og tillitt. Det kan derfor tenkes pasienten åpner seg og «den gode samtalen» forekommer ved at trygghet og tillit oppnås som på sikt kan bidra til økt mening, mestring og livskvalitet.

I flere av de inkluderte studiene påpekte pasienter og pårørende mangelfull informasjon hvor de opplevde å leve i uvisshet og at «ting gikk over hodet på dem» (Bøe et al., 2017; McCurley et al., 2019). Å gi informasjon, veiledning og støtte til pasienter og pårørende gjennom hele slagforløpet ble derimot i Kouwenhoven et al. (2012) studie påpekt som sentralt for sykepleieren. Praksisbasert erfaring har også vist til mangelfull informasjon til pasienter og pårørende noe som medførte opplevelse av frustrasjon, håpløshet og mangel på kontroll. Det å jobbe ut ifra en salutogen tilnærming og gi konkret, men tilstrekkelig informasjon, ha gode holdninger og opprette en god relasjon slik at pasienten opplever forståelse, håndterlighet og mening over situasjonen kan derfor tenkes er sentralt i et helsefremmende møte med pasienter slik at økt livskvalitet oppnås (Hummelvoll, 2006 s.547).

4.4 Skape et realistisk håp og støtte

Å danne et realistisk håp kan bidra til å styrke pasientens motivasjon og vilje til forandring (Eide & Eide, 2013 s.57). Flere av pasientene i både Kouwenhoven et al. (2012), McCurley et al. (2019) og Tutton et al. (2012) studier uttrykte opplevelse av håpløshet etter slaget grunnet tap av funksjoner og selvstendighet. Dette samsvarer med praksisbaserte erfaringer på slagenhet hvor flere av pasientene utrykte tristhet og håpløshet grunnet sine tap. Samtidig var det pasienter som hadde ønske om rehabilitering for å gjenvinne de tapte funksjonene, men det var også pasienter som ikke så noen håp om bedring. Å motivere de sistnevnte pasientene til å utføre hverdagslige gjøremål ble ansett som utfordrende da det fremsto som alt ble en byrde. Dette belyser også Tutton et al. (2012) studie som utfordrende for sykepleieren. At hjerneslaget har hendt er vanskelig å gjøre noe med, dette samsvarer med Travelbee sin teori om at smerte og lidelse er en uunngåelig del av livet (Kristoffersen, 2014d s.216). Derimot kan det tenkes sykepleierens rolle, i tråd med Travelbees teori på sykepleie, er å etablere et menneske-til-menneske-forhold og danne en god relasjon som kan skape opplevelse av mening og håp. For å skape opplevelse av mening, mestring og bedre motivasjonen til videre fremgang og forandring kan det være sentralt å danne små, oppnåelige og kortsiktige mål hos slagpasienten (Eide & Eide, 2013 s.57), eksempelvis å sitte selvstendig på sengekanten uten å falle mot den affiserte siden. Å hjelpe pasienten til å se fremover, og oppmuntre ved enhver fremgang belyser Chen et al. (2020) som et effektivt tiltak for å øke pasientens håp om bedring. Samtidig belyser McCurley et al. (2019) viktigheten med å rette fokus mot nåtiden i stedet for hvordan fremtiden blir,

eller hvordan livet var før. Det å skape et realistisk håp og oppnåelige mål kan derfor tenkes gi økt livskvalitet siden disse oppfatningene er med på å danne hvert individs grunnlag for definisjonen av livskvalitet (WHO, 1997).

Å etablere et støttende miljø rundt pasienten blir anbefalt av Helsedirektoratets (2017) *retningslinje for hjerneslag*. Samtidig belyser retningslinjen et trygt og godt miljø som oppbyggende for psykisk helse. Å benytte familiemedlemmer som ressurser for å forebygge depresjon ble i både Chen et al. (2020), McCurley et al. (2019) og Kouwenhoven og Kirkevold (2013) studier ansett som sentralt. Men funnene i Chen et al. (2020) studie viste derimot ingen signifikant effekt i forebygging av poststroke depresjon ved å benytte familiemedlemmer som sosial støtte. Det ble derimot i samme studie belyst viktigheten med samtalepartner for å unngå utvikling av poststroke depresjon. En samtalepartner bidro til forebygging av ensomhet, hjelpeløshet og depressive symptomer. Dette belyser igjen viktigheten med at sykepleier kommuniserer og etablerer en god relasjon til pasienten, gir informasjon, håp og støtte gjennom hele slagforløpet. På en annen side kan samtaler være tidkrevende, noe sykepleier har knapt med. Det kan derfor sees på som nyttig å benytte pasientens eventuelle partner som ressurs i en tidkrevende arbeidssituasjon. Samtidig kan det tenkes å være nyttig at pasienten deltar i støttegrupper slik en får uttrykt sine følelser samtidig som en får være sosial aktiv og får kjennskap til flere i samme situasjon. Å delta i støttegrupper trekker også Helsedirektoratets (2017) *retningslinje for hjerneslag* frem som et støttende tiltak hos deprimerte slagpasienter. Ved å ha danne en god relasjon, gi støtte og realistiske håp kan dette bidra til at pasienten opplever økt mening, situasjonen som håndterlig som igjen kan bedre livssituasjonen og øke pasientens livskvalitet.

4.4 Implikasjoner for sykepleie

Som sykepleier er sannsynligheten for å møte slagpasienter relativt stor, både når det kommer til yrkessammenheng, men også privat, da et hjerneslag er en av Norges største folkesykdommer. Det å ha kjennskap til pasientgruppen, hvordan dette påvirker livskvaliteten og hvem som er mest utsatt for å utvikle depresjon etter hjerneslag kan bidra til at sykepleier tidlig observerer og iverksetter tiltak for å forebygge utviklingen av depresjon, som igjen kan være påvirkende faktorer til en god livskvalitet. Ved å benytte seg selv terapeutisk i møte med pasienten, danne en god relasjon, skape en god dialog og vise empati og forståelse, kan sykepleier støtte, gi håp og motivasjon slik at slagpasienten opplever mestring og opplevelse av mening som igjen kan bidra til å etablere et håp og motivasjon om bedring. Disse faktorene kan igjen bidra til å gi økt livskvalitet og forebygge utviklingen av poststroke depresjon.

4.5 Metoderefleksjon

Hele prosessen med litteratursøk som metode har vært lærerik, og ny kunnskap har stadig blitt tilegnet. Oppgaven har tatt utgangspunkt i Evans (2002) og Forsberg og Wengström (2013) metode. Det ble tidlig iverksatt strukturerte søk etter forskningsartikler, men det ble samtidig benyttet mye tid på å utføre dette, og situasjonen ble i startfasen relativt uoversiktlig, hvor problemstillingen ble endret flere ganger. Etter god veiledning av lærer og bibliotekets ressurser ble situasjonen etter hvert mer og mer oversiktlig jo lengre en kom inn i prosessen, og den endelige problemstillingen ble satt.

Å besvare hvordan sykepleier gjennom helsefremmende arbeid kan øke livskvaliteten hos deprimerte slagpasienter viste seg å være et stort og omfattende tema å belyse. Sentrale begreper og intervensjoner som motiverende intervju og «Empowerment» – styrking av pasientens ressurser ble utelatt for at studien ikke skulle bli for stor og uoversiktlig, noe som kan sees på som en svakhet i studiet. På en annen side kan det sees på som en styrke ved at oppgaven holder en rød tråd og kun belyser enkelte sentrale intervensjoner og begreper, til tross de mange flere. De ulike kartleggingsverktøyene som nevnes blir ikke utdypet nærmere noe som kan sees på som en svakhet. Dette årsaksforklares i studiens ordbegrensning og ønsket om å besvare problemstillingen istedenfor å utdype verktøyene ytterligere.

Det ble inkludert åtte ulike artikler som grundig ble gjennomgått for å kontrollere at de hadde fokus på depresjon etter hjerneslag og dens påvirkning. Det var derimot utfordrende å finne artikler som belyste problemstillingen helt konkret, men sammensettingen av de inkluderte artiklene vurderes som tilstrekkelig for å kunne belyse problemstillingen. Det ble valgt ut både kvalitative og kvantitative artikler, noe som kan sees på som en svakhet, men også en styrke. De kvalitative studiene inkluderer få deltagere, men belyser pasientens opplevelse, mens de kvalitative blant annet belyser forekomsten av fenomenet, utvikling og risikofaktorer. Av de åtte inkluderte artiklene, var fem av disse engelskspråklige. En utfordring gjennom prosessen har vært å oversette de engelske artiklene til norsk uten å miste eller misforstå budskapet. Samtidig er en stor svakhet med alle inkluderte studiene at de har ekskludert pasienter med afasi eller kommunikasjonsproblemer, noe som gjør at denne pasientgruppen ikke blir representert. Det viser derimot til at det er behov for mer forskning hos denne pasientgruppen.

4.6 Konklusjon

Denne litteraturstudien har tatt utgangspunkt i sykepleierens møte med deprimerte slagpasienter, hvor det er forsøkt å besvare problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier gjennom helsefremmende arbeid bidra til økt livskvalitet hos pasienter med depresjon etter hjerneslag». Ved å benytte forskning, faglitteratur, forskrifter, artikler og egen erfaring er det kommet frem til en konklusjon av problemstillingen. Konklusjonen må i midlertidig ikke sees på som endelig, da det ikke finnes noen konkret fasit på hvordan sykepleier kan gi økt livskvalitet hos deprimerte slagpasienter.

Litteraturstudiet viser til at sykepleier, gjennom en salutogen tilnærming, kan tenkes å øke slagpasienters livskvalitet ved å skape en god relasjon, gi informasjon, kunnskap, og samtidig danne realistiske håp og et støttende miljø rundt pasienten. I tillegg kan iverksetting av realistiske og oppnåelige mål styrke en indre motivasjon for bedring, som kan bidra til at pasientene opplever situasjonen som håndterlig, forståelig og meningsfull som likeledes kan styrke livskvaliteten. Ut ifra disse funnene står sykepleierens kjennskap til pasientgruppen og hvilke påkjenninger et hjerneslag har som sentralt. Samtidig belyser studien viktigheten med å tidlig identifisere, kartlegge og iverksette tiltak for å forebygge utvikling av depressive symptomer, som igjen kan bedre rehabiliteringsprosessen og på sikt bedre pasientens livskvalitet.

Forskningen peker imidlertid på at det er behov for økt kunnskap om depresjon etter hjerneslag, da det viser seg å både være underdiagnostisert og underbehandlet. Samtidig er det behov for mer forskning om hvilket kartleggingsverktøy som er mest velegnet til bruk i praksis hos denne pasientgruppen, spesielt hos slagpasienter med kommunikasjonsutfordringer. Studien peker på faktorer som kan bidra til økt livskvalitet,

men gjennom litteratursøket og resultatene ble det i midlertidig også opplevd mangel på hvilke ikke-medikamentelle intervensjoner som gir best effekt hos deprimerte slagpasienter, noe som kan ligge til grunn for videre forskning.

Avslutningsvis er det ønskelig å presisere viktigheten med å være et godt medmenneske og ha forståelse for at hvert enkelt menneske er unikt, med ulik livserfaring. Sykdom og lidelse er erfaringer som bør nyttiggjøres for å bli en sterkere versjon av seg selv.

Referanseliste

- Almborg, A. H., Ulander, K., Thulin, A. & Berg, S. (2010). Discharged after stroke – important factors for health-related quality of life. *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), 2196-2206. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03251.x>
- Bøe, M. G., Pettersen, S. & Haraldstad, K. (2017). Frisk, men likevel ikke som før. *Nordisk sygeplejeforskning*, (2), 90-103. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-02-02>
- Chen, L., Zhang, Q. & Liu, Y. (2020). Effect of comprehensive nursing care on elderly patients with post-stroke depression and analysis of risk factors for this disease. *International journal of clinical and experimental medicine*, 13(5), 3522-3530.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Drageset. (2014). Mestring. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Cappelen Damm.
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg. og 7.opplag. utg.). Gyldendal akademisk.
- Espnes, G. A. & Lindström, B. (2014). Salutogenese - et viktig steg for å forstå helse? I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 26-38). Cappelen Damm.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Fjærtøft, H., Indredavik, B., Skogseth-Stephani, R., Bjerkvik, T. F. & Varndal, T. (2019). *Norsk hjerneslagregister, Årsrapport 2019*. Hentet 28/5-21 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/register/hjerte-og-karsykdommer/norsk-hjerneslagregister>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg. utg.). Natur & kultur.
- Fure, B. (2007). Depression, anxiety and other emotional symptoms after cerebral stroke. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 127(10), 1387-1389.
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor for kritisk vurdering av forskningartikler*. helsebiblioteket. Hentet 28/4-21 fra <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykisk-helse/depresjon-nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten?lenkedetaljer=vis>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje - Hjerneslag*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Helsepersonelloven – hpl. (2019). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). H.-o. omsorgsdepartementet. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvoll, J. K. (2006). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg. 2.opplag. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kouwenhoven, S. E. & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 334-342. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134>
- Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K. & Kim, H. S. (2012). 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of advanced nursing*, 68(8), 1726-1737. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05855.x>
- Kristoffersen, N. J. (2014a). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg. utg., Bd. B. 3). Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2014b). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg., Bd. B. 1). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2014c). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg., Bd. B. 1). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2014d). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg., Bd. B. 1). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2014). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg., Bd. B. 1, s. 83-133). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2014). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg., Bd. B. 1, s. 15-29). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A. & Nortvedt, F. (2014). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg., Bd. B. 1). Gyldendal akademisk.
- LHL. (2019). *Hjerneslag – hva nå? Fakta, tips og råd til slagrammede og pårørende* [Brosjyre]. Norge, LHL Hjerneslag. <https://www.lhl.no/globalassets/lhl-hjerneslag/hjerneslag-hva-na.pdf>
- McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., Salgueiro, D., Tehan, T., Rosand, J. & Vranceanu, A.-M. (2019). Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers. *Neurocritical care*, 30(3), 581-589. <https://doi.org/10.1007/s12028-018-0641-6>
- Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N. & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry*, 66, 70-80. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. utg.). Universitetsforlaget.
- NINDS. (2019). *Stroke Information Page*. UpToDate. Hentet 21/4 fra <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Stroke-Information-Page>
- NSD. (2021). *NSD publiseringskanal*. Norsk senter for forskningsdata. Hentet 4/4 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Prioriteringsforskriften. (2000). *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (FOR-2020-02-04-119). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
- Strømme, H. (2017). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (61015), e-61015. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.61015>
- Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D. & Westwood, M. (2012). Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 68(9), 2061-2069. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x>
- WHO. (1997). Programme on mental health, Measuring Quality of Life. *World Health Organization*. https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Wyller, V. B. B. (2019). Sykdommer i nervesystemet. I V. B. B. Wyller (Red.), *Syk : mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utgave. utg., s. 481-557). Cappelen Damm akademisk.

