



BACHELOROPPGAVE

VÅREN 2015

**DEPRESJON ETTER HJERNESLAG, ET
OVERSETT FENOMEN**

**POST-STROKE DEPRESSION, AN
OVERLOOKED PHENOMENON**

Forfattere:

Gunhild Enger

Marianne Sortnes Finsrud

Camilla Bjørneseth Hansen

Dato: 11.05.2015

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling Helse, omsorg og sykepleie

Seksjon for sykepleie

1.0 SAMMENDRAG/ABSTRACT

1.1 NORSK VERSJON

Tittel:	Depresjon etter hjerneslag, et oversett fenomen.	Dato:	11.05.15
Deltakere:	Gunhild Enger		
	Marianne Sortnes Finsrud		
	Camilla Bjørneseth Hansen		
Veiledere:	Solveig Struksnes og Kristin Hartveit Hansen		
Nøkkelord:	Livskvalitet, depresjon, hjerneslag		
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: Ja	
69/13 657			
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:			
<p>Bakgrunn: Depresjon er et alvorlig og oversett fenomen etter et hjerneslag, som kan få konsekvenser for livskvalitet. Depresjon forekommer hos ca. 20-40% hos personer etter et hjerneslag. Antall hjerneslag de neste 20 årene vil øke med 50%. Dette fordi det blir flere eldre i årene som kommer.</p> <p>Hensikt: Undersøke om depresjon etter et hjerneslag har en innvirkning på livskvaliteten hos denne pasientgruppen. For å undersøke dette blir det nyttig å vurdere ulike aspekter en sykepleier kan implementere i sitt kliniske arbeid med pasienter som lider av depresjon.</p> <p>Metode: Litteraturstudie med søk i databaser: Ovid Nursing Database, Cinahl og Pubmed. Benyttet søkeord: hope, rehabilitation, stroke, quality of life, depression, health related quality of life, recovery, self-efficacy, stroke rehabilitation, coping strategies, poststroke depression, nursing, caregivers, health care.</p> <p>Resultat: Det kommer frem ulike faktorer som kan påvirke depresjon og herav livskvalitet; mangel på kunnskap hos sykepleier og strukturerte kartleggingsverktøy, mangelfull informasjon/undervisning til pasient og pårørende, nedsatt fysisk funksjon og mestringsstro. Mangel på håp, ensomhet og sosial isolasjon har en innvirkning.</p> <p>Konklusjon: Sykepleierens væremåte og kompetanse ses som grunnleggende for å påvirke livskvaliteten til personer med depresjon etter et hjerneslag. Ved bruk av ulike strategier og intervensjoner kan sykepleiere redusere depressive symptomer, som er av betydning for livskvalitet.</p>			

1.2 ENGELSK/ENGLISH VERSJON/VERSION

Title:	Post-stroke depression, an overlooked phenomenon.	Date:	11.05.15
Participants:	Gunhild Enger Marianne Sortnes Finsrud Camilla Bjørneseth Hansen		
Supervisors:	Solveig Struksnes and Kristin Hartveit Hansen		
Keywords:	Quality of life, depression, stroke		
Number of pages/words:	Number of appendix: 2	Availability: Open	
69/13 657			
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: Depression is a serious and overlooked phenomenon after a stroke, which can cause consequences for the persons quality of life. 20-40% of the people that has been through a stroke will subsequently suffer from depressions. The number of stoke patients will increase with 50% the next 20 years as a result of an increasing population of aging people.</p> <p>Purpose: The purpose of this survey is to figure out whether the depression will make a change in the patients quality of life. When you are going to investigate this, it is useful to consider various aspects a nurse can implement in their clinical work with patients suffering from depression.</p> <p>Methods: Literature review with database searches: Ovid Nursing Database, Cinahl og Pubmed. Used keywords: hope, rehabilitation, stroke, quality of life, depression, health related quality of life, recovery, self-efficacy, stroke rehabilitation, coping strategies, poststroke depression, nursing, caregivers, health care.</p> <p>Results: It appears that different factors can affect depression and hence the quality of life; lack of knowledge within the nursing profession and structured assessment tools, inadequate information to the patients and their families, physical functioning and self-efficacy. Also the lack of hope, loneliness and social isolation has an impact in this matter.</p> <p>Conclusion: The way the nurses behave and their knowledge is seen as a basic requirement to affect the quality of life for those who suffers from depression after a stroke. Using different strategies and interventions the nurse can reduce the depressive symptoms, which are of importance for the quality of the patients life.</p>			

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 SAMMENDRAG/ABSTRACT	2
1.1 Norsk versjon	2
1.2 Engelsk/English versjon/version	3
2.0 INTRODUKSJON	5
2.1 Valg av tema	5
2.2 Sykepleiefaglig relevans	6
2.3 Temaets relasjon til seksjonens forskningsområder	7
3.0 BAKGRUNN	9
3.1 Cerebralt insult	9
3.2 Rehabiliteringsprosess	10
3.3 Post-stroke depression	11
3.4 Hensikt og problemstilling	17
4.0 METODE	18
4.1 Litteraturstudie som metode	18
4.2 Forskningsetikk	20
4.3 Beskrivelse av litteratursøk	21
4.4 Utvalgsprosess	23
5.0 RESULTAT	26
5.1 Identifikasjon og kartlegging	26
5.2 Undervisning og informasjon	28
5.3 Fremme selvstendighet	29
5.4 Redusere depressive symptomer	31
6.0 DRØFTING	33
6.1 Betydningen av identifikasjon og kartlegging	33
6.2 Viktigheten av undervisning og informasjon for livskvalitet ved depresjon	37
6.3 Fremme selvstendighet etter hjerneslag	39
6.4 Intervensjoner som kan redusere depressive symptomer	45
6.5 Kritisk vurdering av metode	47
7.0 KONKLUSJON	49
8.0 LITTERATURLISTE	50
9.0 VEDLEGG 1 – Søkematrise	61
10.0 VEDLEGG 2 – Analyseeskjema	63

Antall ord: 13 657.

2.0 INTRODUKSJON

Bachelor oppgavens innledning gir en introduksjon til oppgavens valg av tema. Temaets sykepleiefaglige relevans beskrives, samt dets relasjon til seksjonens forskningsområder.

2.1 VALG AV TEMA

Oppgavens tema er depresjon etter et gjennomgått hjerneslag. Livskvalitet knyttes innunder valgt tema. Begrepene cerebralt insult, slag og hjerneslag vil bli benyttet om hverandre. Depresjon etter hjerneslag (“post-stroke depression”) forkortes til PSD. Kouwenhoven og Kirkevold (2013) hevder at livsforandringen som følge av et hjerneslag kan oppleves som en katastrofe for pasienten, og at man ofte kan befinne seg i en situasjon hvor en føler seg hjelpeløs. Det påpekes at depresjon er et svært utbredt og ikke minst alvorlig fenomen etter hjerneslag. Likevel kan dette fenomenet bli oversett i praksis. Wergeland, Ryen og Olsen (2010) hevder at depresjon forekommer hos ca. 20-40% hos personer etter gjennomgått slag, det er her også viktig å være oppmerksom på at en depresjon kan komme sent i forløpet, etter at pasienten har kommet hjem. Ifølge Wergeland, Ryen og Olsen (2010) vil sykepleiere møte pasienter rammet av hjerneslag i ulike faser, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Oppgavens forfattere ser temaet som viktig for alle med en sykepleierutdannelse, uavhengig av arbeidssted. Rehabiliteringsprosess er valgt uten at det er knyttet til en spesifikk arena. Det er dermed ikke valgt noe instans for oppgaven, men rehabilitering som prosess.

Ifølge Helsedirektoratet (2010) sine retningslinjer ved behandling og rehabilitering ved hjerneslag, vil antall hjerneslag de neste 20 årene øke med 50 %. Dette fordi det blir flere eldre i årene som kommer. Man kan dermed anta at pasienter med hjerneslag vil være av stor viktighet og kreve ressurser av sykepleiere, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet (2010) legger frem at kostnadene ved et hjerneslag ligger på i gjennomsnitt 600 000 kroner. Det kommer frem at kostnadene er relatert til

funksjonshemming, og dermed kan rehabilitering som reduserer funksjonshemmingen også redusere kostnadene.

Som fremtidige sykepleiere bør en være opptatt av at pasienten skal bli sett og behandlet individuelt, både for sin somatiske og psykiske tilstand. Temaet er valgt da det er svært relevant både i nåtid og i fremtiden. Det er et viktig område å tilegne seg mer kunnskap om og belyse, for å påvirke livskvaliteten hos denne pasientgruppen.

2.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv, verdighet og bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund 2011). I Helsepersonelloven (2001) §2, blir det slått fast at loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp. Videre belyses det i §4 at arbeidet skal utføres med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut ifra kvalifikasjoner og aktuell situasjon. Struwe mfl. (2013) legger frem i bakgrunnen for sin studie at mange faktorer er viktig for at slagpasienter kan gjenvinne sin funksjon. Elementer de peker på som viktig for god kvalitet er sykepleierens kompetanse, organisering, samarbeid, engasjement og ressurser. De senere årene har det blitt større krav til at sykepleiere baserer sin yrkesutøvelse på forskning. Sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert. Dette vil si å ta faglige avgjørelser basert på forskning- og erfaringsbasert kunnskap, og pasientens ønsker og behov (Christoffersen mfl. 2015). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) krever at sykepleiere “holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (s. 7).

Nortvedt (2008) vektlegger hjelp til gjenvinning av egenomsorg, evne til å ta vare på seg selv og autonomi, blant sykepleierens ansvarsområder. Brinchmann (2012) definerer autonomi som “retten til å bli informert og til å velge selv” (s. 89). Gjennom arbeid som fremmer

pasientens selvbestemmelse, kontroll over eget liv og evne til mestring av individuelle problemer, kan sykepleiere bedre basale faktorer som påvirker pasientens livskvalitet.

Pasienter med hjerneslag forbruker flest liggedøgn i somatiske helseinstitusjoner (Wergeland, Ryen og Olsen 2010). Kouwenhoven og Kirkevold (2013) legger frem at sykepleiefunksjonen vil spille en stor rolle for slagrammede og at det å støtte, hjelpe og assistere en slagrammet ofte kan være en kompleks situasjon. Videre påpeker de at sykepleiere vil ha en bevarende og integrerende funksjon, i tillegg til å utøve en trøstende og støttende rolle i prosessen med å forstå sin egen situasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) skal bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten. Det belyses også at loven skal fremme sosial trygghet, ivareta respekt, integritet og menneskeverd for den enkeltes liv. Ifølge Stubberud (2013) må sykepleieren se sykdommen i sammenheng med hele pasientens livssituasjonen. Ved akutt og/eller kritisk sykdom kan pasienten ha behov for å mestre situasjonen en befinner seg i, og få en individuell og målrettet sykepleie. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) §2-5 legger frem at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Som sykepleier er det viktig å gjenkjenne og ta tak i depressive symptomer etter hjerneslag, både i akutfasen og senere i forløpet (Kouwenhoven og Kirkevold 2013).

2.3 TEMAETS RELASJON TIL SEKSJONENS FORSKNINGSOMRÅDER

Høgskolen i Gjøvik (2014a) legger frem at forskning i klinisk sykepleie innebærer tre fokusområder: kvalitet i sykepleie, helse i dagliglivet og utdanningskvalitet. Gjennom denne oppgaven blir det lagt vekt på helse i dagliglivet: utvikling av kunnskap og forståelse for mennesker i ulike livssituasjoner. Helse i dagliglivet er essensielt for valgt tema, da man ser på pasienten etter gjennomgått hjerneslag som må mestre nye utfordringer for å gjenvinne optimal livskvalitet. Helse i dagliglivet har to fokusområder: Å leve med helsesvikt, retter seg mot hva helsesvikt innebærer og hvordan helse og velvære kan oppnås. Kritiske livshendelser, retter seg mot fenomener knyttet til ulike hendelser som rammer mennesker i løpet av livssyklusen. Begge fokusområdene er svært aktuelle i denne oppgaven, da

grunnlaget bygger på den helsefremmende og den forebyggende funksjon til sykepleiere (Høgskolen i Gjøvik 2014b).

3.0 BAKGRUNN

Presentasjon av bakgrunn bygger på fag- og forskningsbasert kunnskap relevant for emneområdet. Bakgrunnen er delt inn i tre undergrupper: cerebralt insult, rehabiliteringsprosess og post-stroke depression. Bakgrunn leder frem til en hensikt og problemstilling, som presenteres avslutningsvis.

3.1 CEREBRALT INSULT

Cerebralt insult er en akutt fremtredende sykdom som rammer pasienten både psykisk, fysisk og sosialt (Wergeland, Ryen og Olsen 2010). Kirkevold (2014) beskriver hjerneslag som “en ervervet, lokal hjerneskode grunnet oksygenmangel og celledød som følge av redusert blodtilstrømning til et område i hjernen” (s. 465). Det hevdes at sykdommen rammer ca. 15 000 personer i Norge hvert år, og er den tredje hyppigste dødsårsaken i landet. Det beskrives at de fleste som rammes er over 65 år, og at forekomsten øker med alderen. Videre legges det frem at ca. 20% av pasientene dør i løpet av de første 30 dagene. I studien utført av Joakimsen, Mathiesen og Njølstad (2007) belyses det at hjerneslag har liten forekomst blant unge, men at risikoen dobles hvert tiår fra midten av 50-årene. Det vises videre til at hele tre av fem hjerneslag inntreffer etter alder 75 år. Det beskrives en rekke faktorer som gir økt risiko for hjerneslag: atrieflimmer, diabetes, høyt alkoholinntak, fysisk inaktivitet, overvekt, kolesterolnivå, migrene, bruk av p-piller og østrogen blant kvinner, forstyrrelser i trombosekoagulasjonssystemet, kjønn, arv og miljø. En annen kjent risikogruppe er røykere, og ifølge Sundar (2002) har røykere dobbelt så stor risiko for utvikling av hjerneinfarkt.

Hjerneslag deles inn i tre undergrupper: hjerneinfarkt (85-90%), hjerneblødning (10-12%) og hjernehinneblødning (3-5%). Infarkt skyldes at en blodåre tettes igjen, som stenger av blodtilførselen til større eller mindre deler av hjernen. Tilstoppingen skyldes oftest en trombe eller embolus. Blødning skyldes at en arterie i hjernen eller hjernehinnen sprekker (Wergeland, Ryen og Olsen 2010). Enkelte ganger går symptomene fullstendig tilbake i løpet

av 24 timer. Dette kalles et transitorisk iskemisk anfall (TIA), og skyldes antakelig små embolier. Et slikt anfall er et faresignal, og kan senere etterfølges av et hjerneinfarkt (Jacobsen og Dietrichs 2012). Sundseth mfl. (2014) undersøker kunnskapen om symptomer og risikofaktorer, til slagrammede og resterende av Norges befolkning. Funn viser at kunnskap om symptomer og risikofaktorer generelt er utilstrekkelig. For å korte ned tiden fra symptomdebut til sykehus og øke antallet som kan motta behandling, er det viktig med mer utdanning og bedre kunnskap blant befolkningen.

Nervefibrene krysser midtlinjen i hjernen, dermed vil lammelsen oppstå på motsatt side av den hjernedelen som er rammet (Jacobsen og Dietrichs 2012). Nishiyama mfl. (2010) undersøker i sin studie om det er noen sammenheng mellom hvor i hjernen slaget oppstår, i forhold til å utvikle depresjon. Resultater viser at forekomsten av depressive symptomer etter et hjerneslag er forbundet med skade på venstre side. Ved skade i venstre hemisfære (hjernehalvdel) kan emosjonelle forstyrrelser ses i form av angst, initiativløshet, treghet og depresjon (Wergeland, Ryen og Olsen 2010). Fure (2007) viser til studier som legger frem at depresjon forekommer etter skade på venstre hemisfære, på grunn av endring i transmittersubstanser på synapsnivå. Videre presenteres det at depresjon etter skader i høyre hemisfære ses som et resultat av psykologiske reaksjoner, og oppstår gjerne senere i forløpet. Pasienter med gjennomgått hjerneslag, spesielt på venstre side, bør følges opp tidlig for å oppdage symptomer på depresjon, da dette kan ha en innvirkning på videre forløp (Nishiyama mfl. 2010).

3.2 REHABILITERINGSPROSESS

Ifølge Helsedirektoratet (2010) sine retningslinjer ved behandling og rehabilitering ved hjerneslag, defineres rehabilitering som “tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet” (s. 91). Retningslinjene påpeker at rehabilitering involverer mange ulike forvaltningsnivåer og aktører. Tilbudet må være tilgjengelig gjennom hele

sykdomsforløpet og bygge på tverrfaglighet. Videre vises det til at rehabiliteringsprosessen omfatter både spesialisthelsetjenesten, herunder slagenhet og rehabiliteringsavdeling, og kommunehelsetjenesten (rehabiliteringsinstitusjoner).

Krohne og Bergland (2012) skiller mellom tre faser innenfor rehabilitering etter et hjerneslag: akutfasen, opptreningsfasen og vedlikeholdsfasen. Akutfasen omfatter den første uken etter symptomdebut, opptreningsfasen vil variere individuelt tidsmessig og vedlikeholdsfasen er knyttet til langstidsoppfølging. Prosessen starter første dag etter slaget, og er personsentrert og målrettet (Helsedirektoratet 2010). Det kommer frem at målet med rehabiliteringsprosessen er å forbedre og opprettholde funksjon. Videre vil målet være å venne seg til en ny livssituasjon og oppnå høyest grad av uavhengighet, både fysisk, psykisk og sosialt.

3.3 POST-STROKE DEPRESSION

Hummelvoll (2012) beskriver depresjon som en subjektiv opplevelse, sinnsstemning, et syndrom eller en sykdomsgruppe. Skårderud, Haugsgjerd og Stånicke (2010) tar for seg sårbarhets-stress modellen som et verktøy for å kunne forstå hvorfor de fleste psykiske lidelser oppstår. De påpeker at denne modellen ikke skal brukes som en forklaringsmodell, men som en “tankehjelp” ved kartlegging av en gitt situasjon. De beskriver stress som et samlebegrep for alle faktorer som kan true den psykiske likevekten hos en person, eksempelvis livstruende situasjoner og alvorlig sykdom. Tenev, Robinson og Jorge (2009) understreker i sin studie at familier med psykiske lidelser, utgjør en risikofaktor for å utvikle depresjon etter hjerneslag.

Studier innen området viser at emosjonelle symptomer trolig er blant de mest oversette utfallene etter et slag. Pasienten kan oppleve en krisereaksjon, hvor grensen mellom en langvarig reaksjon og depresjon kan være uklar. Det er vist at pasientens sosiale situasjon har betydning for utvikling av depresjon, og pasientens avhengighet av andre vil være av

betydning (Fure 2007). Et hjerneslag rammer hele pasienten, og får herav konsekvenser for funksjon, livskvalitet og oppfattelse av egen kropp (Wergeland, Ryen og Olsen 2010). Videre hevdes det at pasienten vil kunne oppleve motoriske utfall som lammelse, svelgevansker, tap av balanse, samt sensoriske og nevrologiske utfall. Disse utfallene kan skape en funksjonshemming, som vil innvirke på pasientens livsutfoldelse. Wergeland, Ryen og Olsen (2010) beskriver videre at hjerneslag kan føre til psykiske forandringer, som skyldes dels hjerneskadene, og dels en reaksjon på hendelsen. Disse psykiske forandringene kan være emosjonell ustabilitet, depresjon, aggresjon, initiativ- og kritikkløshet, benektelse, bagatellisering og hallusinasjoner.

Kouwenhoven og Kirkevold (2014) beskriver at depressive symptomer er et kjent fenomen etter gjennomgått cerebralt insult. De beskriver begrepet “post-stroke depression (PSD)” som det å ha depressive symptomer, å føle seg deprimert eller å ha en depresjons-diagnose etter hjerneslag. Videre påpeker de at skillet mellom en medisinsk diagnose og en naturlig reaksjon på en vanskelig livssituasjon kan være utfordrende for helsepersonell.

Retningslinjer ved behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet 2010), hevder at depresjon forekommer hos 20-40% av slagrammede. Hovedsymptomene er ifølge retningslinjene redusert stemningsleie, interesse- og gledeløshet, nedsatt aktivitet, tretthet og energitap. Videre kan andre symptomer ses som redusert selvfølelse og selvtillit, redusert appetitt, redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, søvnforstyrrelser, skyldfølelse, triste og pessimistiske tanker og planer om selvskading og selvmord. Et klinisk tegn å se etter vil være umotivert gråt eller latter (Helsedirektoratet 2010). Emosjonelle symptomer etter et hjerneslag kan oppleves svært belastende både for pasient og pårørende, likevel er det få ressurser som er rettet mot slike symptomer (Fure 2007).

Ifølge Kristoffersen, Breievne og Nortvedt (2011) kan lidelse være knyttet til tap og sorg over en endret livssituasjon. Lidelse kan også utfordre en persons evne til mestring. Ifølge Travelbee (1999) bør sykdom betraktes som en naturlig erfaring i livet som kan ha en selvkvalifiserende betydning. Dette dersom han/hun får hjelp til å finne mening i erfaringen. Kristoffersen, Breievne og Nortvedt (2011) hevder at “felles for all lidelse er at den omfatter

både kroppslige, psykiske og åndelige/eksistensielle sider ved menneskets situasjon” (s. 248). Kouwenhoven (2011) har i sin studie kommet frem til at sorg forekommer hyppig blant slagrammede, og kan skyldes en naturlig følelse av tap etter livsendringene et slag medfører. Mening og håp beskriver Kristoffersen, Breievne og Nortvedt (2011) som viktige motiverende faktorer bak menneskelig atferd. Hos pasienter som lider som følge av sykdom, står det dermed sentralt å fremme pasientens opplevelse av mening og håp. Det påpekes at opplevelse av mening og håp kan gjøre mennesker i stand til å mestre situasjoner som ensomhet, lidelse og vanskelige situasjoner. Det hevdes at sykepleierens oppgave vil bli å hjelpe til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Ved håpløshet vil sykepleieren bistå til å gjenvinne håp. Begrepet mestring omhandler et vidt spekter av handlinger og strategier, i forsøk på oppnåelse av kontroll (Kristoffersen 2011c). I denne oppgaven omhandles mestring i forhold til gjenvinning av fysisk funksjon, mestre ny tilværelse, mestringstro og selvstendighet.

Håkonsen (2014) hevder at hjelperens viktigste funksjon ved sykdom er å fremme positiv endring i følelser og tanker, og bistå pasienten til å bli en aktiv deltager i egen situasjon. Videre påpekes det at dette krever en endringsprosess, hvor den terapeutiske funksjonen blir sentral. Kristoffersen og Nortvedt (2011) legger frem at relasjonen til den syke skal være et hjelpeforhold. Det belyses at relasjonen skal preges av gjensidig respekt, og at hjelperen skal ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse. De hevder at god sykepleie er rettet mot å lindre lidelse, uavhengig av hva årsaken til personens lidelse er. Det legges frem at å lindre lidelse vil si at sykepleieren bruker seg selv i møte med pasienten, og gir rom for samtale. Det vises til at sykepleierens kliniske arbeid og tilstedeværelse gjennom sorgen er essensiell. Joyce Travelbee vektlegger den individuelle interaksjonen mellom sykepleier og pasient (Travelbee 1999).

Håkonsen (2014) definerer krise som “den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon” (s. 276). Videre grupperes krise inn i traumatisk krise, utløst av ytre faktorer som for eksempel sykdom, og utviklingskrise forårsaket av vanlige livshendelser som samlivsbrudd. Håkonsen (2014) deler krise inn i fire faser, sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Han beskriver situasjoner som fører til følelse av

tap eller krenkelse og hvor menneskets integritet forstyrres, som mulig krise-utløsende årsak. Helsedirektoratet (2010) beskriver i sine retningslinjer ved rehabilitering og behandling ved hjerneslag at av de 15 000 i Norge med hjerneslag hvert år, vil om lag en tredjedel gjenvinne tilnærmet full funksjon, en tredjedel vil dø og en tredjedel vil ha varig funksjonshemming. Dette vil medføre en avhengighet av andre, med behov for hjelp og støtte av andre mennesker og av samfunnet. De Ryck mfl. (2013) har utført en studie hvor målet var å finne ut forekomsten og risikofaktorer for å utvikle en depresjon 3 måneder etter gjennomgått slag. I studien kommer det frem at de som utviklet en depresjon var mer avhengig av hjelp med tanke på dagliglivets aktiviteter. Disse pasientene viste seg også å ha en større fysisk og kognitiv svikt. En høyere forekomst av dysfunksjon i språk, tale og apraksi ble også observert.

Kouwenhoven og Kirkevold (2013) legger frem at PSD kan føre til blant annet lengre sykehusopphold, dårligere fysisk rehabilitering, redusert sosial aktivitet og økt funksjonshemming. Videre påpeker de at depressive symptomer kan oppstå i akuttfasen, eller på senere tidspunkter, og at tidlig depresjon øker sjansen for komplikasjoner og vedvarende depresjon. I studien til Ayerbe mfl. (2011) kommer det at de som utviklet depresjon etter hjerneslag som ble plassert på institusjoner, ofte manglet støtte fra familien og hadde manglende evne til å arbeide. Funksjonell avhengighet og lavt aktivitetsnivå var også faktorer av betydning. Tuntland (2011) presenterer begrepet “activities of daily living (ADL)”, og definerer det som:

En samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige, praktiske aktiviteter. Det dreier seg om oppgaver som egenomsorg, mobilitet, husholdning, bruk av transportmidler, ivaretagelse av egen økonomi, m.m. Mestring av disse aktivitetene innebærer personlig uavhengighet. Mennesker med nedsatt funksjonsevne kan ha behov for profesjonell hjelp for å mestre disse aktivitetene. ADL er følgelig et arbeidsområde for en rekke profesjoner (s. 18).

Tuntland (2011) belyser at ADL er et kjent arbeidsområde innenfor rehabilitering, hvor formålet er å bedre funksjonsevne i dagliglivet. Det legges også frem at dette vil bidra til

mestring. Håkonsen (2014) beskriver mestring som “individets måte å forholde seg til, og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet” (s. 259). Romsland, Dahl og Slettebø (2015) presenterer begrepet “self efficacy”, mestringstro, som en viktig forutsetning for endring og utvikling. Begrepet beskrives som det å ha tro på egne evner og ferdigheter for å kunne oppnå gode resultater.

Haley mfl. (2010) undersøker i sin studie hvordan et hjerneslag kan påvirke livskvalitet. Sosial isolasjon fremstod som en risikofaktor for utvikling av depresjon, og svekkelse av livskvalitet etter gjennomgått slag. Birkeland og Flovik (2014) beskriver at sosial isolasjon omfatter mennesker som er avskåret fra kontakt med omverden. I mange tilfeller er dette ufrivillig og skyldes faktorer som fysisk handikap, sykdom, geografiske utfordringer og/eller sosiale forhold. Det kan dermed være vanskelig å kontakte andre eller delta i sosiale situasjoner. Ensomhet er nært beslektet til sosial isolasjon, men skilles ved at ensomhet kan oppleves i samvær med andre. De beskriver ensomhet som en emosjonell, ubehagelig tilstand, og en subjektiv opplevelse av å være ufrivillig isolert fra andre mennesker (Birkeland og Flovik 2014).

Norsk Helseinformatikk (Johannessen 2014) presenterer ”MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale)”. Dette er et verktøy som vurderer omfang og grad av symptomer på depresjon. Lightbody mfl. (2007) undersøker i sin studie om sykepleiere kan identifisere depressive symptomer etter et hjerneslag. Det kommer frem at ved bruk av MADRS verktøyet kunne sykepleiere lettere gjenkjenne symptomer som er av betydning for sykdomsforløpet. Mange sykepleiere i studien rapporterte at pasienter med depressive symptomer ikke fikk optimal rehabilitering etter slaget. Kouwenhoven mfl. (2011) beskriver pasientens erfaringer om å oppleve depressive symptomer i den akutte fasen etter et slag. Resultater belyser at pasientene følte seg fanget i egen kropp, mistet seg selv og kontroll, opplevde et labilt humør og mangel på energi. Helsedirektoratet (2010) presenterer i sine retningslinjer ”HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)”, som et verktøy der pasienten selv har mulighet til å kartlegge følelser som kan være knyttet til angst og depresjon. Willey mfl. (2010) spurte 340 pasienter, 7-10 dager etter gjennomgått hjerneslag om de hadde følt seg deprimerte. 139 rapporterte at dette stemte. De konkluderer i sin studie

med at depresjon etter slag kan assosieres med funksjonshemning, og at tidlig intervensjon kan forbedre resultatene.

Næss (2011) definerer livskvalitet som “en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative” (s. 18). Livskvalitet omtales som et subjektivt og et objektivt begrep, det subjektive tar for seg enkelt-menneskets opplevelse av egen situasjon. Objektive faktorer som kroppslige fenomen, eksempelvis smerte, kan oppleves forskjellig (Rustøen 2009). Næss (2011) hevder at begrepet livskvalitet har å gjøre med den enkeltes psykiske velvære. Det fremstilles positive og negative følelser og vurderinger knyttet til begrepet. Dette kan være glede, engasjement, selvtillit, tilfredshet, ensomhet, misnøye og opplevelse av meningsløshet. Rustøen (2009) hevder at samhørighet, selvfølelse og en grunnstemning av glede utgjør livskvalitet, og at ingen skal vektlegges mer fokus enn andre. Verdens helseorganisasjon (WHO) (Regjeringen 2014) definerer helse som “en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse”. Næss (2011) hevder at begrepet livskvalitet settes inn i en helsefaglig sammenheng på bakgrunn av forskning innen området. Kristoffersen (2011a) viser på bakgrunn av dette til at begrepet livskvalitet knyttes mer spesifikt til menneskers funksjon, velvære og oppfatning av egen helse. Begrepet betegnes da som helsereelatert livskvalitet. Videre omhandles helsereelatert livskvalitet som den innvirkning sykdom og behandling har på livskvalitet. Ulike måleinstrumenter er utarbeidet for å kartlegge helsereelatert livskvalitet, hvor de fleste er beregnet for å måle sykdom og behandlingens innvirkning på personen. Videre i oppgaven benyttes begrepet livskvalitet, helsereelatert livskvalitet inngår i dette.

Bakgrunnen i oppgaven inneholder et kritisk utvalg av fag- og forskningsbasert litteratur som danner en milepæl for videre arbeid. Det har blitt benyttet forskningsstudier med relevans til klinisk praksis og med overføringsverdi til norsk kultur. Gjør også oppmerksom på at noe litteratur er fra ikke vestlige-land, men ble likevel vurdert med et relevant innhold. Lovverk er benyttet, og vurdert som troverdig da dette er en offentlig myndighet. Yrkesetiske retningslinjer ble vurdert til å være en pålitelig kilde, da dette er et nasjonalt sykepleierforbund. Nettreferansene som ble benyttet er hentet fra Regjeringens nettsider som er av offentlig myndighet, og Norsk helseinformatikk (Norges største helsenettside). De ble

dermed vurdert som av høy kvalitet. Det har i hovedsak blitt benyttet primærkilder, i tillegg til forskning som belyser pasientens perspektiv, som er viktig for å danne et grunnlag for bedre forståelse av emnet.

Det presenteres gjennom bakgrunnen at PSD er et utbredt, alvorlig og ofte oversett fenomen etter et cerebralt insult. Fenomenet er aktuelt gjennom hele rehabiliteringsprosessen, uavhengig av instans. Pasienten kan oppleve krise i forbindelse med livsendringer slaget kan medføre. Det kommer frem flere faktorer som kan oppstå ved PSD, som vil ha betydning for helse og funksjon. Herav mangel på håp, mestring, ADL og mening i lidelse. Pasientene kan oppleve en følelse av ensomhet og sosial isolasjon. Nevnte faktorer påvirker livskvalitet ved depresjon etter hjerneslag.

3.4 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Hensikt med oppgaven å undersøke om depresjon etter et cerebralt insult har en innvirkning på livskvalitet. For å undersøke dette blir det nyttig å vurdere ulike aspekter en sykepleier kan implementere i sitt kliniske arbeid, med pasienter som lider av depresjon. Dette konkretiseres med følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleiere påvirke livskvaliteten til personer med depresjon, etter et cerebralt insult?

4.0 METODE

Ifølge Polit og Beck (2014) skal metode inneholde de steg, prosedyrer og strategier som ble anvendt for innsamling og analyse av data i studien. Det blir redegjort for litteraturstudie som metode, etterfulgt av forskningsetikk. Søkestrategi fremstilles oversiktlig som vedlegg, og inklusjons- og eksklusjonskriterier presenteres i tabell. Avslutningsvis beskrives utvalgsprosessen.

4.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Polit og Beck (2014) beskriver litteraturstudie som en kritisk oppsummering av forskning om et bestemt emne, ofte for å sette en problemstilling som skal undersøkes, eller for å oppsummere allerede eksisterende forskning. Forskningsbasert kunnskap bygger på kunnskap utarbeidet gjennom kliniske erfaringer, forskning og gjennom erfaringer fra pasienter og pårørende (Forsberg og Wengström 2013). De hevder at kunnskap som er oppstått gjennom forskning er viktig for å kunne arbeide kunnskapsbasert. Videre beskrives det at kun et forskningsresultat ikke er tilstrekkelig, flere studier involvert styrker resultatet. Ifølge Polit og Beck (2014) utføres empiriske studier objektivt for å få, eller finne ny kunnskap. Støren (2010) hevder at litteraturen en studerer, altså det som er undersøkt og skrevet om virkeligheten, er empirien. Oppgaven er dermed en ikke-empirisk studie, hvor det tas utgangspunkt i allerede eksisterende kunnskap.

Aveyard (2014) hevder at fordelen ved et litteraturstudie er at forfatteren har mulighet til å oppsummere allerede eksisterende litteratur om et emne. Sammenfatningen gjør det lettere for leseren å oppdatere seg, da en ikke trenger å søke primærkilden. Ved å søke strukturert etter en fastsatt problemstilling, har en mulighet til å sammenfatte og oppdage mangler i eksisterende litteratur, som kan påvirke forskningens validitet. Polit og Beck (2014) definerer validitet som et kvalitetskriterium i henhold til studiens grad av nøyaktighet og velbegrunnelse, og i hvilken grad et instrument måler etter dens hensikt. Ifølge Forsberg og

Wengström (2013) er ulempen ved et litteraturstudie at forfatteren kun har tilgang til et begrenset utvalg av forskningslitteratur. Utvalget kan bli selektivt da forfatteren har mulighet til å velge litteratur ut fra ønsket resultat. Forfattere som undersøker samme emne kan herav finne ulike resultater. Reliabilitet innebærer å vurdere hvorvidt en måling eller undersøkelse kan gjentas under like forhold, og oppnå samme resultater (Polit og Beck 2014).

Man skiller mellom primære og sekundære kilder. Ifølge Polit og Beck (2014) er en primærkilde forskning som er basert på forskerens funn, mens en sekundærkilde er beskrivelse av forskning som allerede er utført av en annen forfatter. Bjørk og Solhaug (2008) beskriver en primærkilde som førstehåndskilde. Dette kan eksempelvis være artikler publisert i tidsskrifter, bøker, etiske retningslinjer, offentlige utredninger, upublisert materiale som masteroppgaver og kunnskap presentert i lover. I likhet med Polit og Beck (2014), presenterer Bjørk og Solhaug (2008) sekundærkilde som en andrehåndskilde, der materialet er bearbeidet. I et litteraturstudie bør primære kilder benyttes (Støren 2010). En oversiktsartikkel presenterer resultater fra to eller flere enkeltstudier med samme type problemstilling. Resultater fra enkeltstudier vil ha en begrenset kvalitet, mens et større antall studier kan belyse flere elementer, herav kan tiltak vurderes fra flere aspekt (Bjørk og Solhaug 2008).

Forsberg og Wengström (2013) hevder at et litteraturstudie vil si en oversikt eller gjennomgang av forskningsbasert litteratur, som analyseres og beskrives på en systematisk måte. Å systematisere kunnskap legger Støren (2010) frem som å søke, samle, vurdere og sammenfatte. Selvstendige synspunkter og påstander skal utelates i et litteraturstudie (Støren 2010). Forsberg og Wengström (2013) belyser at forutsetningen for å gjøre et godt litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet som kan bedømmes. Det legges også frem at hvor mange studier som blir inkludert, avhenger av hva man kan finne, og hvilke krav man stiller til studiene som skal inkluderes. Ved et litteraturstudie må forskningens kvalitet vurderes. En måte å vurdere kvaliteten på er å se på innhold, begreper og instrumenter som er tatt i bruk (Forsberg og Wengström 2013), i tillegg til en fast og gjennomtenkt struktur (Støren 2010).

En kvalitativ studie beskriver Polit og Beck (2014) som etterforskning av fenomener, gjennom innsamling av data på en helhetlig og grundig måte. Metoden gjennomføres som regel under observasjoner og samtaleintervjuer, hvor nærhet til informantene er sentralt. Pasientens subjektive opplevelse vil være av betydning i en kvalitativ tilnærming, som ofte strekker seg over en lengre tidsperiode. Subjektiviteten kan gjøre at to forskere får ulike svar på sine problemstillinger. Ifølge Polit og Beck (2014) kan en kvantitativ studie gjennomføres ved spørreundersøkelser og ulike eksperimenter. Det anvendes ofte en kontrollgruppe for å sikre kvalitet. I enkelte tilfeller kan kvantitative undersøkelser gå over lengre tidsperioder, hvor datainnsamling utføres gjentatte ganger. Kvantitative undersøkelser kan presenteres gjennom statistikk da det ofte er mange deltakere, og forskningsmetoden har et objektivt fokus. De understreker at det er begrensninger både for kvalitativ og kvantitativ forskning, hvorav metodene ikke kan svare på moralske eller etiske spørsmål som omhandler menneskelige erfaringer. Uansett om man velger kvalitativ eller kvantitativ tilnærming så betraktes begge metodenes informasjon som datamateriale, uavhengig om dataene er innhentet via informanter (intervju/observasjon/tekster) eller via respondenter (spørreundersøkelse) (Polit og Beck 2014).

4.2 FORSKNINGSETIKK

Sykepleieforskning utføres oftest med et humanistisk fokus, og grenser mellom humanvitenskap og samfunns- og naturvitenskap (Sykepleierens samarbeid i Norden 2003). Denne forskningsformen kan virke forstyrrende på aspekter av menneskelig sårbarhet. Det er derfor utviklet lovverk og andre retningslinjer som skal sikre en god etisk standard i forskning, i tilfeller der mennesker involveres. Sykepleierens samarbeid i Norden (2003) har utviklet en veileder for sykepleiere, som tar for seg etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. Den tar utgangspunkt i Helsinki-deklarasjonen og sykepleiens etiske grunnprinsipper; autonomi, gjøre godt, ikke-skade og rettferdighet. Helsinki-deklarasjonen er utviklet av Verdens legeförening (WMA) (2013) for å sikre respekt for individet og beskytte menneskers helse og rettigheter. Det er en erklæring som tar for seg etiske prinsipper for medisinsk forskning på mennesker. Her inkluderes forskning på identifiserbart menneskelig materiale og identifiserbare data. Helseforskningsloven (2009) § 1

har som formål å “fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning”, og bygger på prinsipper hentet fra blant annet Helsinki-deklarasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet 2004). Forskningsetikkloven (2007) §1 “skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer”. Det presenteres videre et krav om forskningsetiske komiteer på både regionalt og nasjonalt nivå. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (u.å.), er hjemlet i Helseforskningsloven og Forskningsetikkloven. REK har som funksjon å vurdere forsvarlighet og ivaretagelse av personvern i ny forskning. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (u.å.) er et kompetansesenter og personvernombud, som arbeider med formål om å forbedre vilkår knyttet til empirisk forskning. Fokuset deres er rettet mot sikker arkivering og formidling av data og tilknyttede tjenester. NSD har en veiledende funksjon for forskere og studenter, med fokus på innsamling og analyse av data, personvern, forskningsetikk og metode.

4.3 BESKRIVELSE AV LITTERATURSØK

Søkeprosessen er tidskrevende, og tok i alt tre uker å gjennomføre. Søkedokumentasjon vises i søkematrise (vedlegg 1). Støren (2010) hevder at metode i en litteraturstudie handler om å søke vitenskapelige originalartikler i databaser som er relevante, i tillegg til å kunne vurdere artiklene kritisk. I den aktuelle studien startet søkeprosessen med et ustrukturert søk innenfor relevante databaser knyttet til sykepleieforskning, for å skaffe en oversikt over innhold i de enkelte databasene. Det ble da prøvd ut forskjellige søkeord og sammenfattelse av de. Tre søkeord med relevans for tema ble spesielt benyttet, depresjon/depression, hjerneslag/stroke og livskvalitet/quality of life. Det ble også søkt generelt på tema i Google Scholar. Ved mulig aktuelle artikler, ble litteraturlister gransket for utvidelse av søk. Funksjonen “Sitert av” i Google Scholar ble benyttet for å undersøke eventuell annen nyere litteratur på samme emne. Ingen av de utvalgte artiklene ble oppdaget ved bruk av denne funksjonen. Abstrakter i artikler fra oppgitte søkeord, ble gjennomgått for å oppdage nye relevante nøkkelord. Ifølge Bjørk og Solhaug (2008) kan et litteratursøk starte bredt, for å få med seg flest mulig relevante referanser. Litteratursøkene ble gjennomført i databasene Ovid Nursing Database, Cinahl, SveMed+, Medline, Pubmed, AgeLine, Embase og PsychInfo.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble satt opp før oppstart av strukturert søk (tabell 1). Kriteriene gjorde det lettere å ekskludere artikler som ikke inneholdt noen av inklusjonskriteriene. Utvalget inneholder minimum seks av oppsatte inklusjonskriterier. Kriteriene er krav man stiller til søkene sine, de er også med på å avgrense søket slik at man ikke får for mange artikler (Støren 2010). Oppsatte kriterier er spesifisert ut fra tema og formål med oppgaven. Rehabiliteringsprosess som et inklusjonskriteriet er valgt, da en ønsker å nå ut til alle sykepleiere som kan møte en deprimert pasient etter hjerneslag. Som tidligere beskrevet øker risikoen for hjerneslag med økende alder, oppgaven er på bakgrunn av dette begrenset til alder over 50 år. Ikke-medikamentelle tiltak er valgt som inklusjonskriteriet, da medikamentell behandling ikke kan forskrives av en sykepleier. Man ønsker å søke tiltak som kan benyttes av sykepleiere i Norge, likevel kan studier utført i andre land være aktuelle dersom det finnes en generaliseringsverdi til norsk kultur. Pasientene må ha en form for funksjonsnedsettelse, da det kan antas at de med full fysisk og psykisk gjenvinning etter slaget ikke vil ha behov for sykepleie.

Tabell 1 Oversikt. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

INKLUSJONSKRITERIER:	EKSKLUSJONSKRITERIER:
Depresjon etter hjerneslag	Gjennomgått hjerneslag uten observert depresjon i etterkant
Påvirkning av livskvalitet	Utelatt livskvalitet
Alder > 50 år	Alder < 50 år
Under rehabiliteringsprosessen	Etter rehabiliteringsprosessen
Publiseringsår: 2010- 2015	Før 2010
Språk: Engelsk/Skandinavisk	Andre
Studier utført i land med generaliseringsverdi til norsk kultur	Studier utført i land uten generaliseringsverdi til norsk kultur
IMRAD-struktur	Uten IMRAD-struktur
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Godkjent av etisk komité	Ikke godkjent av etisk komité

Andre tiltak enn medikamentell behandling	Medikamentell behandling
Primærkilde	Sekundærkilde
Funksjonsnedsettelse	Ingen merkbar funksjonsnedsettelse etter hjerneslaget

Bjørk og Solhaug (2008) viser til at systematisk litteratursøk handler om å finne relevante søkeord, slik at en ender opp med et håndterbart antall referanser. Søkene ble avgrenset mellom år 2010-2015 og tilgjengelig i “linked-fulltext”. For å snevre inn søk ble det brukt kombinasjoner mellom søkeordene (“AND”, “OR”). “Medical Subject Headings (MeSH)” ble brukt der det var aktuelt for å finne beskrivelse av søkeord, og for å få forslag til andre ord. MeSH-termer blir brukt som en søkemotor for å få hjelp til beskrivelse av valgte søkeord, og vise forslag til synonyme begreper (Forsberg og Wengstrøm 2013). Artikler som ikke var relevante for tema ble ekskludert. Til tross søk i oppgitte databaser, endte utvalget i databasene Ovid Nursing Database, Cinahl og Pubmed. Det ble brukt søkeord som var relevante for tema. Søkeord ble valgt på grunnlag av kunnskap, som ble funnet til oppgavens bakgrunn. Utvalget ble funnet ved bruk av følgende søkeord: hope, rehabilitation, stroke, quality of life, depression, health related quality of life, recovery, self-efficacy, stroke rehabilitation, coping strategies, poststroke depression, nursing, caregivers, health care.

4.4 UTVALGSPROCESS

Litteratursøket endte med et håndterbart antall artikler. Artikkene ble gjennomgått og vurdert kritisk ut ifra innhold i abstrakt. Artikkene ble åpnet i fulltekst ved hjelp av Google Scholar. Artikkelenes referanser ble gjennomgått på mengde og innhold. Dette fordi referansene kan si noe om studiens kvalitet, og for å sjekke at forfatterne ikke refererer til eget arbeid flere ganger. Kritisk vurdering omfatter også IMRAD-struktur, som er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Polit og Beck 2014).

Kildekritikk vil si å foreta en objektiv vurdering av studiens styrker, svakheter og begrensninger (Polit og Beck 2014). I oppgaven har en forholdt seg kritisk til kilden og brukt originale artikler i relevante databaser. Oppgavens forfattere vurderer dermed at etiske utfordringer er ivaretatt, da vitenskapelige tekster er av høy kvalitet for at det skal kunne publiseres som forskningsartikler. NSDs publiseringskanal ble brukt for å undersøke fagfelleevaluering. Samtlige av utvalget er fagfellevurdert til nivå 1 eller 2 (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste u.å.), og er bygget opp etter IMRAD-struktur (Polit og Beck 2014). Utvalget er publisert i tidsskriftene: Journal of Advanced Nursing, Journal of Clinical Nursing, Journal of Neuroscience Nursing, American Association of Neuroscience Nurses og Journal of Rehabilitation Medicine. Utvalget inkluderer to kvalitative og tre kvantitative studier, samt to oversiktsartikler (systematiske litteraturstudier). Utvalget ble alle utført i land med generaliseringsverdi (overføringsverdi) til Norge. Generalisering handler om at resultater fra utvalget er gjeldene for en større populasjon, utover den aktuelle studiens deltakere (Polit og Beck 2014).

Ginkel mfl. (2010) evaluerte kvaliteten på utvalgte studier etter seks kriterier: godt skrevet og tydelig design, rett pasientutvalg og eventuelt behandling, gyldig vurdering av depresjon, tydelig beskrevet, riktig analyse og gjenkjennbare resultater. Utvalgsartikler ble hentet fra perioden 1993-2008. Databaser: Medline, Cinahl, Medline (PubMed), PsycInfo og Nursing Journals (PubMed). Ti av studiene var av høy kvalitet, fem artikler var av middels kvalitet. Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdóttir (2011) benyttet databasene Medline, Cinahl, PsycInfo og Embase, som endte i et utvalg bestående av 17 artikler fra tidsperioden 1996-2009.

Studien til Tutton mfl. (2011) ble utført i England, med datainnsamling november 2007-november 2008. Godkjent av etisk komité. Dybdeintervju av ti pasienter, og ti ansatte.

Almborg mfl. (2010) sin studie ble utført i Sverige, godkjent av etisk komité. Datainnsamling oktober 2003-november 2005. Studien viser en svakhet da den referer til eget verk.

Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) utførte studien i USA. Deltakere: 44 pasienter og deres omsorgsperson. Kombinasjon av intervju og verktøy. Studien til Theeke mfl. (2014) ble utført i USA. Studien refererer til eget verk. Spørreskjema og verktøy er benyttet, og inkluderte 121

deltakere. Visser mfl. (2014) utførte studien i Nederland. Gjennomført fra april 2008-september 2010, inkluderte 213 deltagere. Kartleggingsverktøy er benyttet.

Ifølge Polit og Beck (2014) går innholdsanalyse ut på å utføre systematisk gjennomgang av utvalget, ved å søke gjennom relevant innhold, samt kategorisere innhold med støtte i inklusjons- og eksklusjonskriterier. Forsberg og Wengström (2013) belyser at det er viktig å analysere et litteraturstudie ut ifra bevismateriale i teksten. Analyseprosessen omhandler fem steg for å gjennomføre en innholdsanalyse. Steg én innebar gjennomgang av materialet, hvor utvalget ble lest med fokus på valgt problemstilling. Ved steg to ble tekstene gransket og følgende nøkkelord ble markert: håp, lidelse, ensomhet, livskvalitet, støttende-intervensjoner, miljø og programmer, selvstendighet, medvirkning, ikke-medikamentelle tiltak, kartleggingsverktøy, problemløsende terapi, samtaleterapi, motiverende samtaler, fysisk aktivitet, informasjon og undervisning, musikkterapi, mestringsstrategier, sosiale relasjoner, sosial støtte, kommunikasjonsproblemer og identifikasjon av depressive symptomer. Ved steg tre ble nøkkelordene fordelt i fire kategorier, identifikasjon og kartlegging, undervisning og informasjon, fremme selvstendighet, og redusere depressive symptomer. Før steg fire ble utvalget gjennomgått på nytt, for å oppdage eventuelle oversette resultater. Steg fire omhandler å sammenfatte tema med utgangspunkt i valgte kategorier. Dette steget ble utelatt i denne oppgaven, da livskvalitet allerede er valgt som en del av tema. I siste steg ble utvalget diskutert opp mot hverandre og fastsatt.

5.0 RESULTAT

Funn innhentet gjennom artikkelanalyse, beskrives av Polit og Beck (2014) som resultat. Resultat fra utvalget presenteres sammenfattet og bearbeidet under utvalgte kategorier (tabell 2), for å undersøke om sykepleiere kan påvirke livskvaliteten til personer med depresjon etter slag. Kategoriene består igjen av underkategorier for å skape struktur, som presenteres oversiktlig i drøfting. Samme struktur er gjeldene i resultatdel, men overskrift for underkategoriene er utelatt.

Tabell 2 Oversikt. Kategorier.

IDENTIFIKASJON OG KARTLEGGING	UNDERVISNING OG INFORMASJON	FREMME SELVSTENDIGHET	REDUSERE DEPRESSIVE SYMPTOMER
<ul style="list-style-type: none">➤ Kunnskap og kompetanse➤ Kartlegging➤ Relasjon, tillit og gjenvinning av håp	<ul style="list-style-type: none">➤ Undervisningsmetoder➤ Pasient- og familieundervisning➤ Informasjon og kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none">➤ Ensomhet og sosial isolasjon➤ Familien som ressurs➤ ADL og mestringsstrategier➤ Fysikk	<ul style="list-style-type: none">➤ Musikalske intervensjoner➤ Motiverende intervju og life review➤ Problem-løsende terapi➤ Støtteprogram

5.1 IDENTIFIKASJON OG KARTLEGGING

Ginkel mfl. (2010), Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) og Almborg mfl. (2010) viser til viktigheten av kunnskap hos sykepleiere, og kartlegging av PSD. Ginkel (2010) fant at gjenkjennelse av emosjonelle symptomer var vanskelig på grunnlag av manglende kunnskap og ferdigheter hos sykepleiere. PSD var et viktig fenomen med behov for økt fokus i den daglige sykepleien. Studien presenterer ulike verktøy for diagnostisering og gjenkjennelse av

depresjon. HADS ble betraktet som et viktig verktøy for å få frem følelser knyttet til depresjon hos pasienten. Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) og Almborg mfl. (2010) bruker "The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)" for gjenkjenning av PSD. En høy score på skalaen indikerer flere symptomer på depresjon. Almborg mfl. (2010) finner at en lav score på skalaen var relatert til en høyere helserelatert livskvalitet, og viser herav til en sammenheng mellom depresjon og lavere livskvalitet. Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) tar for seg to andre subjektive kartleggingsverktøy, "Symptom Perception Questionnaire for Poststroke Depressive Symptoms (SPQ)" og "The poststroke Knowledge of Depressive Symptoms Scale (KDSS)". Verktøyene belyser pasient og pårørendes kunnskap, evne til gjenkjennelse og vurdering av depressive symptomer.

Tre av artiklene omhandler verktøy som måler livskvalitet. For å vurdere faktorer som innvirker på helserelatert livskvalitet, tar Theeke mfl. (2014) i bruk et selvrapporteringsverktøy, "Neuro-QOL". Ved bruk av Neuro-QOL verktøyet, kommer det frem at ensomhet fører til en dårligere livskvalitet. Almborg mfl. (2010) bruker "The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)" skalaen, for å vurdere helsestatus opp mot fysisk og mental helserelatert livskvalitet. Skalaen viser at slag hadde en innvirkning på helserelatert livskvalitet, og ble negativt påvirket av depressive symptomer. Visser mfl. (2014) målte livskvalitet ved bruk av "World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)".

Studien til Tutton mfl. (2011) og Theeke mfl. (2014) omhandler den subjektive opplevelsen til pasienten og personalet. Tutton mfl. (2011) legger vekt på å få frem den subjektive opplevelsen av håp hos pasienter på slagenhet. Samarbeid med pasienter uten håp var utfordrende for personalet. Rutiner som toalettbesøk, drikke selv og være avhengig av andre ble en utfordring for pasientene. Mangel på håp og fortvilelse var knyttet til nærhet til døden, og ble enkelte ganger forverret av depresjon hos noen pasienter. Likevel var det håp til stedet hos enkelte, selv når veien videre var usikker. Personalet arbeidet med å gi realistisk håp og dermed støtte pasientene emosjonelt, fysisk og sosialt gjennom rehabiliteringsprosessen. Personalet så det som viktig å unngå å gi falskt håp. Nødvendige strategier som belyses var å fokusere på lidelse og fremme håp gjennom støtte i intervensjoner og miljø. Tutton mfl. (2011) belyser at ansatte kan bruke støttende intervensjoner knyttet til emosjonelle

utfordringer for å hjelpe pasienten. De støttende intervensjonene gikk ut på å la pasientene uttrykke lidelse og tap. Personalet brukte dagligdagse aktiviteter som stell og fysioterapi, for å støtte og oppmuntre pasientene til å uttrykke følelser knyttet til progresjon og håp. De støttende intervensjonene var med på å skape et støttende miljø, som var essensielt for både personalet og pasientene. Tutton mfl. (2011) legger frem viktigheten av å kartlegge og identifisere håpløshet hos personer med PSD, da dette kan ha en innvirkning på livskvaliteten.

5.2 UNDERVISNING OG INFORMASJON

Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) undersøkte kunnskapsnivå om depressive symptomer blant slagrammede og deres omsorgsperson. Slagrammede hadde i gjennomsnitt en score på 69%, mens omsorgspersonene hadde en score på 74%. Det viste seg at slagrammede som hadde mottatt skriftlig informasjon om depressive symptomer hadde høyere score, og dermed mer kunnskap om temaet. Funn viser et behov for mer evaluering for å gjenkjenne symptomer, samt behov for mer undervisning for å bedre kunnskapen. Det belyses at gjennom tiden i pleiesettinger og pasient- og familieundervisning, har sykepleiere potensiale for positiv innvirkning på pasientens humør og livskvalitet. Sykepleiere er i en unik situasjon for å undervise om depressive symptomer etter hjerneslag og behandlings alternativ. Funn viser til at informasjon og undervisning best mottas når flere elementer benyttes, som muntlig-kombinert med skriftlig informasjon og bilder. Videre oppfordres sykepleiere til å lese gjennom skriftlig informasjon sammen med pasienten, for å sikre at informasjonen er forstått.

Ginkel mfl. (2010), Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdóttir (2011) og Theeke mfl. (2014) vektlegger ulike varianter av undervisning til pasienten. Et undervisningsprogram ble utført i studien til Ginkel mfl. (2010), for å undersøke om det påvirket depresjon og antall deprimerte pasienter etter hjerneslag. Gruppen pasienter som fullførte programmet, på 82 timer over en fire ukers periode, viste en klar nedgang av depresjon. Resultater viser at informasjon hvor pasienten deltok aktivt, hadde en høyere positiv effekt både på depresjon og antall deprimerte pasienter, enn ved tilfeller da informasjon ble formidlet passivt, kun én gang uten videre oppfølging. I studien til Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdóttir (2011)

mottok en gruppe pasienter undervisning med fokus på å fremme sunne vaner, minimalisere negative utfall etter slaget, kontrollere emosjonelle utfall og delta aktivt med å danne et forhold med helsearbeiderne. Undervisningen viste en positiv effekt på helserelatert livskvalitet, men hadde ingen effekt på mestringstro, emosjonelt humør eller deltakelse i sosiale roller. Studien evaluerte effekten av individuelt tilpasset skriftlig informasjon, formidlet elektronisk. Mestringstro, depresjon, helsestatus og tilfredshet med informasjon ble evaluert. Resultatet viste at pasientene var fornøyd med informasjonen, ingen effekt ble derimot funnet på mestringstro, depresjon eller helsestatus. Studien til Theeke mfl. (2014) viste at de som røykte sigaretter etter slaget, hadde en høyere forekomst av depresjon og ensomhet. Da forekomsten av ensomhet og depresjon er funnet til å innvirke negativt på livskvalitet, foreslår Theeke mfl. (2014) at sykepleiere bør implementere undervisning om røykeslutt som en del av sine intervensjoner.

5.3 FREMME SELVSTENDIGHET

Ensomhet ses som et gjennomgående problem blant deltakere i studien til Theeke (2014). Slagrammede som ble utskrevet hjem, rapporterte bedre livskvalitet enn de som ble utskrevet til sykehjem. Det presenteres et subjektivt verktøy som kan være til hjelp for å oppdage ensomhet etter slag, "The three-item UCLA Loneliness Scale". Gjennom studien til Almborg mfl. (2010) viser funn at mulighet til å delta på utendørsaktiviteter var blitt begrenset etter slaget. Disse begrensningene hadde en innvirkning på pasientens daglige aktiviteter, da de ble mer isolert i hjemmet. De var da ikke i stand til å besøke familie, venner, delta i sosiale aktiviteter, kjøre bil eller ta buss. Deltakelse i sosiale aktiviteter førte til en høyere helserelatert livskvalitet. Dersom pasienten kunne dyrke interesser han/hun hadde før slaget, kunne dette føre til høyere helserelatert livskvalitet i forhold til fysisk- og sosial funksjon. Resultater viste at 72% av pasientene manglet meningsfulle aktiviteter seks måneder etter slaget, som kunne føre til depresjon og forverring av funksjonshemming. Det påpekes at deltakelse i sosiale aktiviteter bør bli et mål i rehabiliteringen. Den enkeltes behov bør diskuteres ved planlegging av utskrivelse, for å fremme deltakelse i utendørs- og sosiale aktiviteter. Dette bør inkludere diskusjon om deres interesser, for å opprettholde og eventuelt finne nye interesser. Almborg mfl. (2010) undersøkte om deltakelse i planlegging av

utskrivelse, hadde innvirkning på slagpasienter sin livskvalitet. Resultatet viste liten påvirkning. Pasientene ønsket høyere deltakelse i planlegging av mål i rehabiliteringen. Det viste seg at høy deltakelse ble assosiert med lavere fysisk funksjon. Videre forskning kreves for å evaluere hvordan dette påvirker livskvalitet.

I studien til Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) fremstilles pårørende og andre omsorgspersoner som en ressurs, og viktigheten av undervisning til denne gruppen vektlegges. Dette presenteres som spesielt viktig i tilfeller slaget har medført talevansker og/eller funksjonssvikt i større grad.

Studiene utført av Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdóttir (2011), Tutton mfl. (2011), Almborg mfl. (2010) og Ginkel mfl. (2010) omhandler ADL og fysisk aktivitet. Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdóttir (2011) beskriver at pasientene med høy mestringstro relatert til fall, viste et bedre utfall i mobilitet, opprettholding av balanse og ADL. Pasientene med lav mestringstro relatert til fall, fungerte dårligere i ADL. Studien fant at pasienter med lav mestringstro var mer deprimert, og at disse pasientene brukte mer inaktive mestringsstrategier. Høy grad av mestringstro viste en høyere livskvalitet. Studien viser at mestringstro var positivt assosiert med mobilitet, ADL og helse relatert livskvalitet, og negativt assosiert med depresjon. Mestringstro ble funnet viktig ved balanse, gange, i trapper og ved oppreisning fra stol. Sykepleiere må fremme mestringstro hos pasienter etter et slag, dette kan utføres ved daglige aktiviteter, som å trene armfunksjon under påkledning. Ledelsen ved slagenheter, sykehus, rehabiliteringssentre og sykehjem må implementere å fremme mestringstro i den daglige pleien. I studien til Tutton mfl. (2011) kommer det frem at lidelse knyttet til dagliglivets aktiviteter ble påpekt som krevende. Almborg mfl. (2010) legger frem at selvstendighet i ADL var relatert til høyere livskvalitet, mens begrensninger i utendørs aktiviteter og nedsatt mobilitet var relatert til lavere livskvalitet. Videre kommer det frem at pasienter ofte var misfornøyd da det gjaldt egen medvirkning, og deltakelse i målsettinger og behov angående en selv. Ginkel mfl. (2010) viser at fysisk aktivitet og oppmuntring til å delta aktivt i fysio- og ergoterapi, er et viktig sykepleietiltak til pasienter med PSD.

Resultat i studien til Visser mfl. (2014) viser at pasienter med depresjon, hadde en lavere helse relatert livskvalitet, og pasienter som benyttet seg av en tilpasnings- eller assimilierende mestringsstrategi, hadde høyere helse relatert livskvalitet. Mestringsstrategier beskrives som en persons foretrukne metode til å overvinne vanskelige situasjoner. Funn indikerer uavhengig av depressive symptomer, at både tilpasnings- og assimilierende strategi har en positiv innflytelse på den psykiske helsen. Assimilerende mestringsstrategi går ut på å tilpasse situasjonen etter personlige preferanser, og leve livet så likt som mulig før slaget. Ved en tilpasningsstrategi tilpasses personlige preferanser etter situasjonen, og aksept av den nye livssituasjonen og konsekvenser deretter, er i fokus. Studien foreslår at mestringsstrategier bør være et viktig mål i rehabiliteringen av slagpasienter, da det potensielt kan innvirke positivt på livskvaliteten og minske depressive symptomer.

5.4 REDUSERE DEPRESSIVE SYMPTOMER

Funn hos Ginkel mfl. (2010) viste at motiverende intervju (MI) og terapi knyttet til samtale med sykepleier (life review) hadde en positiv effekt, mens musikkterapi ikke hadde noen effekt på depresjon. Likevel viste Ginkel mfl. (2010) til studier som hevder at musikk via blant annet hodetelefoner under daglig stell på sykehus og sykehjem, har en positiv effekt på depresjon. De kom frem til at å spille musikk i den daglige pleien likevel kan være et effektivt sykepleietiltak. Ved MI ble det fokusert på dilemmaer knyttet til personlige mål med rehabiliteringen. Terapeuten arbeidet med å fremme optimisme og mestringsstrategi. MI viste en nedgang i antall deprimerte pasienter, tre måneder etter hjerneslaget. Samtaler med sykepleier (life review) ble gjennomført på en gruppe pasienter gjennom tre individuelle timer. Terapien gikk ut på å diskutere opplevelsen av livet. Barndom, oppvekst, familie, hjem og voksenlivet var essensielle temaer. Tiltaket viste en nedgang i depressive symptomer hos gruppen, kontra kontrollgruppen hvor temaet som ble diskutert var filmer.

Theeke mfl. (2014) viser til at problem-løsende terapi (PLT) bør implementeres av sykepleiere til slagpasienter, da dette kan føre til bedre livskvalitet og potensielt forebygge nytt slag. Ginkel mfl. (2010) fant gjennom to studier at støtteprogrammer viste en positiv

effekt på PSD. Støtteprogrammet i én studie inkluderte oppfølging til progresjon knyttet til fysiske og psykiske utfordringer, behov for assistanse og deltakelse i selvstendige aktiviteter. Hjemmebesøk ble utført de to første ukene etter utskrivelse fra et rehabiliteringssenter, etterfulgt av oppfølging over telefon de neste tre månedene. Et annet program utført av sykepleiere motiverte pasientene til aksept av diagnose og behandling, gav forslag til medisiner og målte effekten av programmet og behandlingen.

6.0 DRØFTING

Utvalget drøftes opp mot tidligere benyttet litteratur, samt annen forskning og faglitteratur, for å undersøke hvordan sykepleiere kan påvirke livskvaliteten ved depresjon etter hjerneslag. Avslutningsvis presenteres en kritisk vurdering av utvalget, etterfulgt av en konklusjon. Resultatene drøftes i kategorier, enkelte ord er ikke kategorisert, da de går igjen flere ganger - pårørende, sykepleierens væremåte og holdning.

6.1 BETYDNINGEN AV IDENTIFIKASJON OG KARTLEGGING

Hvordan sykepleiere kan fremme livskvalitet ved depresjon gjennom kartlegging og identifikasjon, presenteres i følgende underkategorier: kunnskap og kompetanse, kartlegging, og relasjon, tillit og gjenvinning av håp.

Kunnskap og kompetanse

Ginkel mfl. (2010) hevder at mangel på kunnskap, tid og fokus på fysisk funksjon hindret sykepleiere fra å kunne gi adekvat pleie til pasienter med PSD. Struwe mfl. (2013) vektlegger viktigheten av undervisning til personalet for å opprettholde kompetansen. Sykepleiere i studien ble regelmessig tilbudt kurs og annen undervisning for å tilegne seg ny kunnskap, samt opprettholde eksisterende kompetanse. Rett kompetanse er grunnleggende for å sikre kvalitet og faglig forsvarlighet i klinisk praksis etter §4 i Helsepersonelloven (2001). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) skal sykepleiere overholde eget kompetansenivå, arbeide etter dette og søke veiledning i vanskelige situasjoner. På bakgrunn av forskjellig kunnskaps- og erfaringsnivå, ble det sett som viktig å knytte pasienten til sykepleieren med rett kompetanse. Dette sikret en individualisert pleie etter pasientens behov. Deltakelse i prosjekter på arbeidsplassen i tillegg til kurs, ble viktig for å forbedre kvalitet i pleien (Struwe mfl. 2013).

Kartlegging

Ginkel mfl. (2010) hevder at observasjon av symptomer ble vurdert som en viktig del av sykepleierens arbeid i rehabilitering av slagpasienter, for iverksettelse og administrering av terapeutiske intervensjoner. Strukturert bruk av kartleggingsverktøy i den daglige pleien, understreker Ginkel mfl. (2010) at kan øke identifiseringen av PSD. Identifikasjon av depressive symptomer etter hjerneslag utført av erfarne sykepleiere, gav riktig informasjon. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) presenterer sårbarhets-stress modellen som en modell sykepleiere kan benytte for å identifisere forhold som påvirker psykisk helse. Modellen kan anvendes sammen med kartleggingsverktøy, for å oppfatte pasientens helhetlige situasjon.

Et strukturert kartleggingsverktøy for gjenkjenning av depressive symptomer bør implementeres i den daglige pleien, da symptomene potensielt kan oppdages tidligere. HADS kom frem som et viktig hjelpemiddel (Ginkel mfl. 2010). Verktøyet tar kun for seg den subjektive opplevelsen av pasientens følelser, og utelukker dermed sykepleierens opplevelse av symptomene. Lightbody mfl. (2007) undersøkte om MADRS og “Geriatric Mental State examination (GMS)”, kan hjelpe sykepleiere til å identifisere depressive symptomer etter slag. GMS utføres ved et intervju, med beregnet tid på 20-60 minutter, og anses som enkelt å anvende. Verktøyet er begrenset til eldre mennesker, noe som utelukker en stor gruppe. Ved kommunikasjonsvansker kan pårørende benyttes som en sekundærkilde, ved å fylle ut skjemaet “History and Aetiology Schedule (HAS)”. HAS blir spesielt benyttet hos pasienter med hjerneslag. MADRS krever at pasienten klarer å holde en samtale, noe som utelukker pasienter med apraksi (talevansker). Sykepleiere kan samle informasjon med utgangspunkt i egne observasjoner, noe som er nyttig da MADRS utelukker pårørende som en kilde. I tillegg kan verktøyet benyttes i evaluering av intervensjoner som er iverksatt ved depresjon. Funn indikerer at MADRS ses som et mer effektivt kartleggingsverktøy for sykepleiere, likevel belyses det behov for mer forskning. Kartleggingsverktøy anses som et hjelpemiddel for sykepleiere, som anbefales benyttet i klinisk praksis.

Det kommer frem i studien til Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) at slagpasienter og deres omsorgspersoner, har vanskeligheter med å gjenkjenne depressive symptomer hos den

slagrammede. Det vil derfor være lite sannsynlig at de søker hjelp for symptomene. CES-D-skalaen fremstår som et nyttig hjelpemiddel i studien til Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) for pårørende til å gjenkjenne symptomer. Forutsetningen vil her være at dette implementeres i informasjonen som gis av sykepleiere. Almborg mfl. (2010) underbygger validiteten av CES-D skalaen, da de fant verktøyet som et pålitelig og nyttig instrument for å identifisere depressive symptomer. Verktøy som belyser den subjektive opplevelsen til pasienten, er viktig for å danne et grunnlag for at sykepleiere skal kunne gi rett undervisning.

Neuro-QOL er utarbeidet for å måle livskvalitet. Verktøyet er subjektivt, og kan benyttes av både voksne og barn med nevrologiske sykdommer. Neuro-QOL er benyttet både i klinisk praksis og ved forskning. Verktøyet vurderes som pålitelig å bruke hos voksne med hjerneslag (Theeke mfl. 2014). Visser mfl. (2014) presenterer WHOQOL-BREF som et verktøy for kartlegging av livskvalitet, med fokus på fysisk- og psykisk helse, miljø og sosiale forhold. Verktøyet anses som pålitelig, men resultatene kan være ufullstendige da depresjon kan påvirke målingen. Neuro-QOL-verktøyet anses som mer dekkende enn WHOQOL-BREF, da førstnevnte er påvist brukt ved hjerneslag.

Relasjon, tillit og gjenvinning av håp

Ginkel mfl. (2010) belyser viktigheten av å opprette et tillitsforhold til pasienten, noe som anses som et fundament for å fremme håp og depresjon etter slag. Nishiyama mfl. (2010) hevder at sykepleieren særlig må observere pasienter med hjerneslag i venstre hemisfære, da risikoen for depresjon er høyere. Kunnskapen viser til viktigheten av observasjon, for å danne et grunnlag for riktig tilnærming til pasienten. Travelbee (1999) vektlegger at å opprette et menneske-til-menneske-forhold kan ses som et virkemiddel for å hjelpe individet med å mestre sykdom, og finne mening i erfaringene. Pasient og sykepleier må forholde seg til hverandre som menneskelig unike individer. Dette forholdet må bygges opp ved gjensidig tillit, kontakt og omsorg.

Travelbee (1999) mener at sykepleierens hovedoppgave er å hjelpe brukeren til å mestre, forebygge eller finne mening ved sykdom og lidelse. Hun belyser at tidligere erfaringer om sykdom, vil ha betydning for hvordan individet mestrer lidelse senere. Sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, samt ivareta den enkeltes behov for

helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund 2011). Romsland, Dahl og Slettebø (2015) legger frem at håp uttrykker et ønske om å leve, og er grunnleggende for videre motivasjon i rehabiliteringsprosessen. Tutton mfl. (2011) belyser at pasientene opplevde en følelse av fortvilelse, til tross ønske om å føle seg håpefulle. Personalet så det som en utfordring å arbeide med pasienter hvor det var lite håp om bedring. Kristoffersen, Breievne og Nordtvedt (2011) hevder at å hjelpe mennesker som har vanskeligheter med å finne håp, er en av sykepleierens mange oppgaver. De beskriver videre at opplevelsen av håp kan bidra til økt livskvalitet, og at mangel på håp direkte er knyttet til lav livskvalitet. Tutton mfl. (2011) beskriver at personalet hadde en intensjon om å være ærlige, men likevel finne en balanse for å se muligheter. Uenigheter blant personalet angående mulighet for bedring i pasientens tilstand, gjorde dette utfordrende. Sett i forhold til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) skal pasientens liv, helse og vilje prioriteres dersom det oppstår interessekonflikter mellom kolleger.

Rustøen (2009) hevder at sykepleierens væremåte har stor betydning for pasientens mulighet til å se håp. Sykepleieren må fremstå engasjert og vise medfølelse, noe som kan resultere i nye krefter og aktivisering av håp. Dersom sykepleieren fremstår uinteressert, kan pasienten oppleve sin situasjon som håpløs. Travelbee (1999) belyser at håp er knyttet til tillit, og at sykepleieren viser gjennom sin atferd at hun vil hjelpe den syke. Under rehabiliteringen i studien til Tutton mfl. (2011), ble det fokusert på å bruke kroppens funksjon som en kilde til håp og bedring. Dette må vurderes individuelt, da forutsetningene for bedring er ulike. Ved å oppmuntre til å bruke egne ressurser og lære å leve med begrensningene sykdommen medfører, kan håp fremkalles og styrkes (Rustøen 2009). Musikk og miljø ble her brukt som en strategi i studien til Tutton mfl. (2011), for å dempe følelsen av fortvilelse. En metode var å lytte til pasientens historie, noe som utelukker de med talevansker. Kreativ terapi som kunst og foto kan da være et hjelpemiddel. Bruk av strategier for å støtte pasienten emosjonelt ses som nyttig for å fremme håp. Sykepleierens atferd, holdning og kunnskap om menneskelig kontakt danner et grunnlag for videre kontakt.

6.2 VIKTIGHETEN AV UNDERVISNING OG INFORMASJON FOR LIVSKVALITET VED DEPRESJON

Undervisningsmetoder, pasient- og familieundervisning, samt informasjon og kommunikasjon drøftes for å undersøke viktigheten av undervisning og informasjon til pasient og pårørende.

Undervisningsmetoder

Opplysning og undervisningsprogram har en positiv effekt på antall deprimerte pasienter, passiv informasjon gitt én gang, viser derimot ingen merkbar forandring i antall deprimerte pasienter, og pasientene fikk ikke deltatt aktivt (Ginkel mfl. 2010). Det antas dermed at aktiv informasjon gitt av sykepleiere har best effekt. Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdóttir (2011) belyser en gruppe pasienter som mottok undervisning for å fokusere på å minimalisere negative konsekvenser etter slaget, takle negative emosjonelle konsekvenser og delta i å skape et forhold til helsearbeiderne. Undervisningen viste en positiv effekt på livskvalitet, men viste derimot ingen effekt på emosjonelle utfall eller deltakelse i det sosiale. Den positive effekten på livskvalitet indikerer en nytteverdi av undervisning, til tross manglende effekt på emosjonelle utfall.

Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) viser til at de som mottok skriftlig eller muntlig informasjon om depressive symptomer ved utskrivelse, viste en større evne til gjenkjennelse av symptomer. Dette indikerer et behov for god informasjon ved utskrivelse fra sykehus eller rehabiliteringsenhet. Likevel kommer det frem at 75% av slagpasientene ikke mottok noe skriftlig materiale om depressive symptomer. Lav kunnskap hos både pårørende og pasienten belyser et behov for undervisning. Dette vil særlig være viktig for pårørende til pasienter med kommunikasjonsvansker. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) vektlegger at sykepleiere skal bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt, men dersom det oppstår konflikt mellom pårørende og pasient, skal pasientens behov prioriteres. En kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon, til både pasient og pårørende, antas å være hensiktsmessig.

Pasient- og familieundervisning

Kirkevold (2010) legger frem at hjerneslag er en skremmende og uventet hendelse som påvirker livet til den rammede på alle områder. Pasienten og familien vet ofte ikke hva som kan forventes gjennom rehabiliteringen, og konsekvenser slaget har for fremtiden. Videre belyses det viktigheten av å få en realistisk og individualisert informasjon, for å skape en meningsfull forståelse av situasjonen. Sykepleiere omgås pasient og pårørende i mange situasjoner, og kan bruke undervisning til å forberede dem på rehabiliteringsprosessen. Behovet for informasjon vil variere, avhengig av allerede eksisterende kunnskap hos pasienten. Travelbee (1999) viser til at sykepleiere skal utføre helsefremmende undervisning. Dette inkluderer å hjelpe pasienten og familien til å mestre erfaringer med sykdom, og bistå med å finne mening i erfaringene. Det kommer frem av studien til Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) at synet på depressive symptomer kunne oppfattes forskjellig av pasient og pårørende. Derfor vil det være hensiktsmessig for sykepleiere å samle data om pasientens humør, både fra pasienten og pårørende. Dette for å kunne gi nødvendig og tilpasset undervisning. Funn indikerer at pasient- og familieundervisning om depressive symptomer, har en positiv effekt på pasientens humør og livskvalitet.

Gustafsson (2008) foreslår at tema for informasjon bør vurderes ut fra personalets kunnskap om hva som er essensielt for å mestre den nye situasjonen, fremfor en individualisert personsentrert informasjon. Det hevdes likevel at informasjon bør inngå i en individualisert prosess mellom pleier, pasient og deres pårørende. Prosessen ble vanskelig å gjennomføre da barrierer som tid, mangel på ressurser, kommunikasjonsproblemer med pasienten, restriksjoner i organisering og uenigheter blant personalet viste seg gjeldene. Pårørende ønsket mer informasjon om hjerneslag, behandling og tilgjengelige ressurser. På grunn av nevnte barrierer, måtte pasient og pårørende motta samme informasjon, til tross ulike behov. Det påpekes at pårørende ofte fant det vanskelig å stille spørsmål, da informasjonen fremstod som rettet til pasienten. Sykepleiere må være tilgjengelige for å møte pasient og pårørendes behov for informasjon. Informasjon som ble ytret, kompenserte ikke alltid med pasient og pårørendes ønsker og behov. Kunnskap blant personalet om hvordan best ytre informasjon var tilstrekkelig, men barrierer på arbeidsplassen gjorde dette utfordrende. Konkrete system bør utarbeides for å sikre en individualisert informasjon til slagpasienten og dens pårørende (Gustafsson 2008).

Informasjon og kommunikasjon

Kristoffersen (2011b) viser til at informasjon inngår som en del av undervisning og veiledning der mottakerens behov er vurdert. Ved tilpasning av ny livssituasjon som ved kronisk sykdom er informasjonen viktig, men informasjon alene er ikke tilstrekkelig. Det hevdes at å støtte pasienten er viktig, samt å tilpasse kommunikasjon etter hvilken fase pasienten befinner seg i, i sykdomsforløpet. Sykepleieren må bruke kommunikasjonsferdigheter bevisst ut fra den enkeltes behov. Ifølge Travelbee (1999) kommuniserer sykepleieren for å motivere den syke, og gjennom kommunikasjonen formidles omsorg. Hun hevder at kommunikasjon er en gjensidig prosess, hvor den syke også utveksler sine tanker og følelser. Gustafsson (2008) undersøkte helsearbeidernes perspektiv på viktigheten av informasjon til slagpasienter. Funn viser at 91% av deltakerne mente temaer for informasjon, skulle være utarbeidet både av pasienten og av helsearbeiderne. 96% mente informasjonen bør presenteres i både skriftlig- og muntlig format, likevel mente to deltakere at informasjon kun bør presenteres skriftlig. Video ble brukt for å legge frem temaer som risikofaktorer og rehabilitering etter et slag, sammen med informasjon om en sunnere livsstil, støttegrupper og kommunale tilbud. Theeke mfl. (2014) hevder at veiledning om sunn livsstil, herav kosthold, mosjon og røykeslutt bør inngå i informasjonen som formidles av sykepleier ved utskrivelse.

6.3 FREMME SELVSTENDIGHET ETTER HJERNESLAG

Hvordan sykepleiere kan fremme selvstendighet drøftes i følgende underkategorier: ensomhet og sosial isolasjon, sosiale faktorer, familien som ressurs, ADL og mestringsstrategier, og fysikk.

Ensomhet og sosial isolasjon

Ensomhet ble funnet som et gjennomgående problem i studien til Theeke mfl. (2014), og førte til nedsatt livskvalitet. Gilmartin mfl. (2013) finner at sosial isolasjon har negative konsekvenser på helse, og kan føre til ensomhet. Travelbee (1999) beskriver i tillegg at en følelse av isolasjon, kan forsterke en depresjon. Theeke mfl. (2014) presenterer The three-item UCLA Loneliness Scale, som ble brukt for å oppdage ensomhet. Skalaen består av tre spørsmål, og kommer med svaralternativer, noe som ikke gir mulighet for en utdypende subjektiv beskrivelse. Kort lengde på skalaen svekker troverdigheten. Verktøyet kan likevel være nyttig for sykepleiere i klinisk praksis, da det er kortfattet og enkelt å forstå.

Resultater fra teksten til Gilmartin mfl. (2013) viser at sykepleiere har en viktig rolle ved gjenkjenning av isolasjon, i tillegg til å minimalisere pasientens følelse av å være sosialt isolert. Det hevdes at videre forskning om sosial isolasjon kan styrke sykepleieres kompetanse, som kan bidra til økt livskvalitet. Påfallende funn i studien til Theeke mfl. (2014) viste at slagpasienter som ble utskrevet til sykehjem, viste større grad av depresjon og ensomhet. Det er her viktig at sykepleiere vurderer ensomhet allerede før utskrivelse fra sykehus. Studien hevder at sykepleiere bør vurdere psykologiske aspekter som ensomhet gjennom rehabiliteringsprosessen. Vurderingen kan skje ansikt til ansikt, eller ved bruk av mobiltelefon. Travelbee (1999) hevder at å bruke seg selv terapeutisk i kontakt med andre, handler om å bevisst bruke sin egen personlighet i forsøk på å etablere et forhold, og strukturere sykepleieintervensjoner. For å bruke seg selv terapeutisk, er en avhengig av kommunikasjon ansikt til ansikt, da det å bruke sansene for å oppdage det utalte er like viktig som det verbale. "Nonverbal kommunikasjon" handler om å møte den andre på en oppmuntrende måte, som skaper trygghet og tillit til å dele tanker og åpne seg (Eide og Eide 2009).

Sosiale faktorer

Almborg mfl. (2010) finner at mulighet til å delta på utendørs aktiviteter hos deltakerne, var blitt begrenset etter slaget. Disse begrensningene hadde en innvirkning på daglige aktiviteter, da de ble mer isolert i sine hjem og ikke kunne besøke venner, familie og delta på sosiale aktiviteter. Deltakelse i sosiale aktiviteter var assosiert med en høyere livskvalitet. Til tross

viktigheten av pasientens behov for deltagelse, ble dette undervurdert ved planlegging av utskrivelse. Resultatet viser til at deltakelse i sosiale aktiviteter burde bli et sentralt mål i rehabiliteringen, og at behovet bør inngå som en del av planleggingen ved utskrivelse. Å inkludere pasienten i planlegging av utskrivelse kan påvirke livskvalitet, og bør herav vurderes (Almborg mfl. 2010).

Funn til Moeller og Carpenter (2013) viser at kommunikasjonsproblemer hadde en innvirkning på sosiale forhold, da det isolerte dem fra andre. Å være avhengig av andre ble sett på som frustrerende, med bekymring for hvordan det påvirket deres forhold til familien. Sosiale relasjoner og støtte fra andre kom frem som viktige faktorer for livskvalitet etter slag. Gjennom studien til Lynch mfl. (2008) ble det å opprettholde sosiale forhold viktig for livskvaliteten. Nedsatt livskvalitet viste seg av forandringer i sosiale forhold, mangel på støtte, frustrasjon relatert til avhengighet av andre og vanskeligheter med å kommunisere. På grunn av avhengigheten av andre, ble sosiale forhold sett som nødvendig for overlevelse og ble svært viktig for livskvalitet. Mangel på selvstendighet og det å måtte ta i mot hjelp, hadde derimot en negativ innvirkning på selvtilliten hos deltakerne i studien til Moeller og Carpenter (2013). Dette hadde videre en negativ innvirkning på livskvalitet. Likevel ble det å ha støttende forhold rundt seg viktig, for oppmuntring og for å løse problemer.

Familien som ressurs

Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) fremstiller pårørende og andre omsorgspersoner som en ressurs. Moeller og Carpenter (2013) fant at ektefelle, familie, venner og kolleger har en sentral rolle ved å gi emosjonell og praktisk støtte. Kjærlig omsorg, bekymring og kontinuerlig hjelpsomhet fra relasjoner, virket positivt på livskvaliteten. Lynch mfl. (2008) fant det ikke alltid nyttig å implementere pårørende i arbeid omkring pasienten. En forklaring er at pasient og pårørende opplever hjerneslaget forskjellig. Omsorgspersoner, spesielt ektefelle, stilte ofte spørsmål ved hvorvidt kvaliteten på sitt eget liv hadde blitt påvirket etter hjerneslaget. Forskjell i perspektiver setter et spørsmålstegn ved hvorvidt omsorgspersoner stiller som en ressurs, og hvilken innvirkning det har på pasientens relasjoner.

Creasy mfl. (2015) hevder at mange slagrammede vil bli tatt hånd om av familiemedlemmer med begrenset kunnskap, familien bør dermed også inkluderes i rehabiliteringen. De viser til i studien at mange familiemedlemmer var opptatt av at pasienten skulle få mål og pleie basert på pasientens individuelle behov. Likevel viser det seg at mange omsorgspersoner er inaktive, og utelater denne informasjonen til rehabiliteringspersonalet. Det kommer frem at mindre enn 25% av pårørende er involvert i pasientens målsetting for rehabiliteringen. Ifølge Kirkevold (2001) kan familien både ha en positiv og negativ innvirkning på pasientens helse og velvære. Familien har en positiv innvirkning gjennom rehabiliteringsforløpet ved å støtte, motivere, holde humøret og håpet oppe. På grunn av pasientens nedsatte funksjonsnivå og familiens frykt for gjentakelse av hjerneslag, blir familien ofte overbeskyttende. De kan da gå inn som stedfortreder og overta oppgaver den syke tidligere hadde. Dette kan medføre en svekkelse i pasientens autonomi (Kirkevold 2001). I pasient- og brukerrettighetsloven (2001) §3-1, blir det slått fast at pasienten har rett til medvirkning ved helse- og omsorgstjenester. Videre kommer det frem av loven at dersom ikke pasienten er samtykkekompetent, vil pårørende medvirke sammen med pasienten. Kirkevold (2001) påpeker at sykepleiere må hjelpe familien med å mestre de nye utfordringene knyttet til et slag, lindre lidelse og finne mening i den nye situasjonen. Dette kan fremme livsglede, helse og velvære.

For å benytte familien som en ressurs, belyser Creasy mfl. (2015) at det er viktig å innføre en familie-sentrert pleie til slagpasienter. Dette inkluderer å involvere familien i utskrivelsen, og påse at familien har tilstrekkelig ressurser. Organisasjonen "Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)", har produsert et gratis nettbasert hjelpeverktøy som er produsert for å veilede og rettlede pasient og pårørende etter utskrivelse. Verktøyet "Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety" inkluderer blant annet en veileder for utskrivelse. "Planetree, Inc. and The Picker Institute" har opprettet et verktøy som legger frem ideer for å fremme en familie-sentrert tilnærming i pleien. Guiden inkluderer et verktøy for vurdering av kvaliteten, og for å gjenkjenne styrker og områder med potensiale for forbedring i familiearbeidet (Creasy mfl. 2015). Innføring av en familie-sentrert pleie ses som viktig for livskvaliteten hos pasienter med hjerneslag.

ADL og mestringsstrategier

Almborg mfl. (2010) viser at menn hadde en høyere livskvalitet relatert til fysisk funksjon, enn kvinner etter et hjerneslag. Funnet gir en indikasjon for at sykepleieres tilnærming til pasienten må vurderes etter hvilket behov kjønnet har. Lav mestringsfølelse var ofte knyttet til fall og ADL, som å kle på seg og dusje (Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdóttir 2011). På grunn av nedsatt balanse, mobilitet og gangfunksjon manglet ofte pasienten selvstendighet som resulterte i lav mestringstro. Ved å styrke pasientens mestringstro vil sykepleiere potensielt kunne påvirke depresjon, og styrke pasientens livskvalitet. Sykepleiere kan bistå pasienten ved gjennomføring av selvstendige aktiviteter i ADL, ha fokus på egen fremgang, presse grenser og sette realistiske mål sammen. Eksempelvis kan armfunksjon trenes kombinert med påkledning og ved måltider. I studien til Struwe mfl. (2013) ble pasientens plassering i spisesalen planlagt som en del av å trene ADL, hvor funksjonsnedsettelse og sosiale forhold ble vurdert. Enkle øvelser vil bidra til en positiv fremgang, som kan øke mestringstroen gradvis. For enkelte pasienter kan det ses nytteverdi i å observere andre pasienters deltakelse i rehabiliteringsprosessen, noe som kan virke stimulerende for videre fremgang (Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdóttir 2011).

Romsland, Dahl og Slettebø (2015) legger vekt på at personer med sviktende funksjon, selv må utøve aktiviteter for å oppnå høyere selvstendighet eller vedlikeholde nåværende funksjonsnivå. Det vektlegges at samarbeid mellom fysioterapeut og sykepleier er viktig, og vil bidra til en mer effektiv rehabilitering. Styrketrening, tilrettelegging, og øvelse på spesifikke gjøremål kan være nødvendig for å bedre ADL funksjoner (Romsland, Dahl og Slettebø 2015). Visser mfl. (2014) viser til to ulike mestringsstrategier, tilpasning og assimilativ som begge er relatert til bedring i livskvalitet. Begge strategier foreslås til bruk i rehabilitering av slagpasienter, hvilken som er best egnet må vurderes etter individuelle forutsetninger og behov. I den akutte fasen etter et cerebralt insult, vurderes assimilativ strategi som mest effektiv. Likevel vises det til at pasienter som vekslet mellom strategiene hadde best forutsetning for videre rehabilitering. Ved bruk av feil strategi kunne dette ha en negativ innvirkning på forløpet.

Fysikk

Ginkel mfl. (2010) fant at fysisk trening som fokuserte på styrke, balanse, utholdenhet og øvre ekstremiteter hadde en positiv effekt på depresjon og antall deprimerte pasienter.

Treningen ble koordinert av en fysio- eller ergoterapeut, resultatene ble likevel vurdert som relevante for sykepleie. Deprimerte pasienter viste en tendens til å unngå arrangerte aktiviteter. Sykepleiere bør derfor inkludere trening i den daglige pleien og oppmuntre til aktiv deltakelse i fysio- og ergoterapi. Moeller og Carpenter (2013) hevder at på grunn av nedsatt funksjon, beskrev pasientene det som utfordrende å delta i fysiske aktiviteter, dette resulterte i nedsatt livskvalitet. Funn fra artikkelen til van het Hoofd mfl. (2011) viser at fysisk aktivitet ikke har påvirkning på depresjon hos slagpasienter. Det vises likevel til en annen studie hvor noe effekt ble observert. De hevder at en minimum anstrengelse fra pasientens side, er nødvendig for å kunne se en endring i depressive symptomer. Eng og Reime (2014) viser også til en moderat effekt av trening på depressive symptomer.

Anbefalingen er fysisk aktivitet 30 minutter, tre til fem dager i uken, for å redusere depressive symptomer. Individuelle funksjonsnedsettelse må her tas i betraktning. Validitet til studien svekkes, da mangfoldet av inkluderte artikler viste en usikkerhet til om antidepressiva ble brukt eller ikke under treningen. Likevel konkluderes det med at et strukturert treningsprogram i rehabiliteringen er helsefremmende.

Chan, Immink og Hillier (2012) legger frem at pleien ved et hjerneslag må inkludere at pasienten kan praktisere aktive, kreative og meningsfulle måter å takle livet etter slaget på, for å fremme livskvalitet. En kreativ intervensjon involverer å kombinere yoga med et vanlig treningsprogram. Yoga fremstår som nyttig både for fysiske, mentale og emosjonelle behov hos slagpasienten, ved å kombinere bevegelse og pusteteknikker. Videre forskning anbefales ved å utføre en større undersøkelse over lengre tidsperiode, og om det kan implementeres i klinisk sykepleie. Tiltaket vurderes til å ha en overføringsverdi til sykepleiere.

6.4 INTERVENSJONER SOM KAN REDUSERE DEPRESSIVE SYMPTOMER

I følgende underkategorier drøftes det om livskvalitet kan fremmes gjennom intervensjoner som påvirker pasientens depressive symptomer. Musikalske intervensjoner, problem-løsende terapi, motiverende intervju, life review og støtteprogram. Andre intervensjoner som reduserer depressive symptomer, nevnes også tidligere i andre kategorier.

Musikalske intervensjoner

Musikkterapi ble vurdert av Ginkel mfl. (2010) som lite effektivt på depresjon hos slagpasienter. Funn viser derimot til at å lytte til musikk via hodetelefoner, hadde en positiv effekt på depresjon hos andre pasientgrupper. Studien anses til å være av moderat kvalitet, men grunnet få deltakere, herunder kun fire slagpasienter, var resultatene svake. De hevder at å spille musikk under daglig pleie kan være et effektivt sykepleietiltak, men videre forskning er anbefalt. Jun, Roh og Kim (2012) undersøker effekten av musikkterapi på slagrammede. Totalt 30 pasienter, alle med gjennomgått hjerneslag, deltok. De fant at ulike musikalske intervensjoner som å høre på musikk sammen med andre, synge og følge rytmen hadde en positiv effekt på fysisk- og psykisk funksjon. Deltakelse på musikkterapi resulterte i bedring av humør, men ingen merkbar endring ble funnet på depresjon. Funn i studien til Jeong og Kim (2007) viser derimot til både en bedring i humør, og nedgang i depressive symptomer hos tilsvarende pasientgruppe.

Motiverende intervju og life review

Ginkel mfl. (2010) viser til både motiverende intervju og samtale med sykepleier (life review), som effektiv terapi ved depresjon. MI ble vurdert til mer effektivt, da studiens omfang var større og kvaliteten høyere. Hildebrand (2015) finner at MI var effektivt både for depressive symptomer og mental livskvalitet hos slagpasienter, mens life review viste en minimal effekt på depresjon. Videre forskning anbefales for vurdering av bedre effekt. Implementering av MI i daglig sykepleie ved for eksempel slagenheter og sykehjem, ses som utfordrende da intervensjonen krever planlegging og er tidskrevende. Sykepleiere kan bistå ved å henvise til poliklinikk, da dette fremstår som mer egnet (Ginkel mfl. 2010).

Problem-løsende terapi

Theeke mfl. (2014) hevder at problem-løsende terapi som intervensjon, kan benyttes av sykepleiere for å bedre livskvaliteten hos slagpasienter. Studien gir ingen videre beskrivelse, dermed svekkes troverdigheten. Visser mfl. (2013) viser til en forventning i sin planlagte studie, at slagpasienter som mottar PLT, vil benytte seg av effektive mestringsstrategier og dermed oppleve økt livskvalitet. Det forventes en langvarig positiv effekt på livskvaliteten, og en nedgang i depressive symptomer. Det kommer frem i studien til Areán mfl. (2010) at PLT er en effektiv intervensjon for å redusere depressive symptomer hos personer over 60 år. En begrensning ved studien er at den ikke inkluderer slagpasienter. Oversiktsartikkelen til Hildebrand (2015) finner at PLT hadde en effekt på depresjon etter hjerneslag. Studien bygger på ergoterapi, likevel blir det påpekt at intervensjonen er overførbar til andre profesjoner. Hvilke profesjoner er ikke beskrevet. Videre forskning anbefales for hvorvidt livskvaliteten forbedres. PLT har gjennomgående vist en positiv effekt på depresjon og livskvalitet, men det foreligger en uvisshet ved om tiltaket kan utøves i daglig sykepleie.

Støtteprogram

Da støtteprogrammer viste en varierende effekt på depresjon i studien til Ginkel mfl. (2010), er det usikkert om intervensjonen er nyttig i klinisk sykepleie. En metode som viste en positiv effekt fokuserte på fysiske og psykiske problemer, samt fremme egenomsorg. Dette kan ifølge Ginkel mfl. (2010) utføres ved hjemmebesøk og ved telefonkontakt. Intervensjonen ble utført av miljøarbeidere, men kan overføres til sykepleie, her særlig i hjemmesykepleien. Et støtteprogram utført av sykepleiere over tre måneder viste seg nyttig på depressive symptomer. Dette kan utføres ved å hjelpe pasienten til forståelse og aksept av diagnose og behandling, og eventuelt foreslå medisiner. Støtteprogrammer viser seg som en nyttig sykepleieintervensjon til pasienter med PSD, men krever et høyt kompetansenivå for å oppnå maksimalt utbytte av intervensjonen (Ginkel mfl. 2010).

6.5 KRITISK VURDERING AV METODE

Aveyard (2014) belyser viktigheten av å utføre en kritisk gjennomgang av anvendt litteratur, da innholdets kvalitet vil variere. Hun vektlegger at litteraturens relevans til oppgaven og problemstilling, validitet samt styrker og svakheter, er viktig å identifisere for å anvende litteratur med best mulig kvalitet.

Denne studien vurderes som pålitelig, da den inneholder et bredt spekter referanser av god kvalitet. Det ble utført en grundig innholdsanalyse, for å kvalitetssikre resultater. Utvalget har en praksisnær tilnærming, og viser en klar sykepleierelevans. Studiens resultater er troverdige og har overføringsverdi til klinisk praksis. Utfordringer ved studien var å finne et relevant utvalg, da temaets vinkling gjorde dette vanskelig. Studien kunne vært gjort annerledes ved å benytte andre søkeord, som kunne påvirket søkeprosessen, utvalget og resultater. Ved å velge en spesifikk arena, kunne resultatet blitt mer konkret. Dersom andre studenter undersøker tilsvarende tema, kan en forvente samme resultater av litteratursøk. Hvilken kombinasjon av utvalgsartikler som inkluderes, kan ha betydning for resultatet. Hva som anses viktig av artiklenes resultater, kan avhenge av personlige interesser, konklusjonen kan derfor bli påvirket av dette.

Utvalget har en varierende grad av kvalitet i forhold til oppgaven. Oversiktsartikkelen til Ginkel mfl. (2010) presenterer et bredt utvalg av sykepleieintervensjoner ved PSD, men utelater påvirkning av livskvalitet. Enkelte intervensjoner fra deres utvalg er undersøkt av andre profesjoner enn sykepleie, det konkluderes derimot med at det er overførbart til sykepleie. Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdóttir (2011) viser et tydelig sykepleiefokus, med relevante intervensjoner som kan anvendes i klinisk praksis. Studien inkluderer pasienter med hjerneslag, men viser en svakhet da depresjon ikke er diagnostisert hos deltakerne. Funn viser til faktorer som er av betydning for livskvalitet. Basert på mangelfull beskrivelse av utvalget i begge oversiktsartikler, er kvaliteten vanskelig å vurdere. Thóra B. Hafsteinsdóttir er medforfatter i begge oversiktsartikler, som svekker validitet. Da studiene ikke er av empirisk art, og innhold ikke samsvarer, vurderes resultatene som anvendbare.

Almborg mfl. (2010) belyser viktige faktorer for å øke livskvalitet hos slagpasienter, og viser til at ved å behandle depresjon, påvirkes livskvaliteten. Flere av deltakerne ble ekskludert underveis av ulike årsaker, som kunne hatt betydning for resultatet. Tutton mfl. (2011) er relevant for oppgaven, da de belyser den subjektive opplevelsen av håp på en slagenhet, og viktigheten av emosjonell støtte. Begrepet livskvalitet er utelatt. Tiltak for å fremme håp som presenteres, fremstår positivt for oppgaven. Klinedinst, Dunbar og Clark (2012) vurderes som relevant for oppgaven, da de undersøker kunnskapsnivået blant pasienter og pårørende om depressive symptomer. Familie-undervisning legges frem som et konkret tiltak for bedring av livskvalitet. Eksklusjon av personer med kognitiv svikt og svært nedsatt fysisk funksjon, er en svakhet ved studien. Theeke mfl. (2014) viser til overførbare sykepleie intervensjoner for å lindre ensomhet og fremme livskvalitet. Studien inkluderer kun beboende i én region. Inklusjon av andre slagrammede, kunne økt studiens validitet og gitt andre resultater. Visser mfl. (2014) viser til relevante mestringsstrategier for å øke livskvalitet og minimalisere depresjon etter slag, men utelater hvordan de kan anvendes i praksis. Studien refererer til Almborg mfl. (2010), som anses negativt. Begge tar for seg livskvalitet, men fokuserer på ulike aspekt og tiltak.

Drøftingen inneholder et variert utvalg av pensumlitteratur fra hele studieløpet, samt annen ressurslitteratur anbefalt i undervisningsplanen for bachelor i sykepleie. Annen faglitteratur med varierende årstall er benyttet, men nyeste utgave er prioritert. Det har hovedsakelig blitt tatt i bruk primærkilder, for å unngå feiltolkning av innhold. Lovverk og yrkesetiske retningslinjer ble benyttet. Fag- og forskningsartikler med relevans til utvalg og tema er prioritert. Fire artikler oppfyller ikke inklusjonskriteriet om publiseringsår, men er inkludert da innholdet fremdeles anses som relevant for sykepleie. Én forskningsartikkel er utført i et fremmedkulturelt land. Funn som presenteres vurderes likevel som overførbart til sykepleiepraksis i Norge.

7.0 KONKLUSJON

Hvordan kan sykepleiere påvirke livskvaliteten til personer med depresjon, etter et cerebralt insult? Kompetanse er grunnleggende for sykepleie som utøves til pasienter med hjerneslag, for å kunne påvirke livskvaliteten. Kartleggingsverktøy for gjenkjenning av depressive symptomer og måling av livskvalitet, kan øke identifisering av depressive symptomer og herav fremme livskvalitet. Tillitsforhold mellom pleier og pasient, og å kunne bruke seg selv terapeutisk anses som et fundament for å fremme realistisk håp, da håpløshet har negativ innvirkning på livskvalitet. Informasjon bør inngå i en individualisert prosess mellom pleier, pasient og deres pårørende. Informasjon kombinert av flere elementer vises å være av best effekt; skriftlig, muntlig, undervisningsprogram, bilde- og videobruk og gjennomgang av gitt informasjon sammen med pasient og pårørende. Livskvaliteten kan påvirkes ved å motivere til deltakelse i sosiale roller og aktiviteter, som kan hindre sosial isolasjon og ensomhet. Familien kan benyttes som en ressurs til bedring, og bør inkluderes i planlegging av rehabiliteringsprosessen.

Ved å styrke pasientens mestringstro vil sykepleiere potensielt kunne påvirke depresjon, og styrke pasientens livskvalitet. Gjennom daglig pleie kan sykepleiere fremme selvstendighet i ADL, da følelse av autonomi har en positiv effekt på livskvaliteten. Aktiv bruk av mestringsstrategier er relatert til bedring i livskvalitet. Å veksle mellom ulike strategier gir best forutsetning for videre rehabilitering. Strukturerte treningsprogram og implementering av fysisk aktivitet i den daglige pleien, viste effekt på depresjon. Ingen funn indikerer påvirkning av livskvalitet. Yoga kombinert med treningsprogram, virker positivt på fysiske-, mentale- og emosjonelle behov. Yoga ses som overførbart til klinisk praksis, i tilfeller sykepleier innehar rett kompetanse. Sykepleiere bør oppmuntre til aktiv deltakelse i fysio- og ergoterapi. Musikalske intervensjoner viste en bedring i humør og nedgang i depressive symptomer, og kan benyttes av sykepleiere under hele rehabiliteringsprosessen. Problem-løsende terapi virker positivt på livskvalitet, men anses som lite gjennomførbart i daglig sykepleie. Motiverende intervju viste positiv effekt på livskvalitet og ved depresjon, mens life review kun viste seg å ha en minimal effekt på depresjon. Støtteprogrammer vises som en nyttig intervensjon til pasienter med PSD, men et høyt kompetansenivå vil være nødvendig for maksimalt utbytte av intervensjonen.

8.0 LITTERATURLISTE

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

Areán, P. A. mfl. (2010) Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. I: *American Journal of Psychiatry*, 167(11), s. 1391-1398.

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

Ayerbe, L. mfl. (2011) Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke. I: *Stroke*, 42(7), s. 1907-1911.

Bergland, A. og K. Krohne (2012) Rehabilitering for en god alderdom. I: Solvang, P. K. og Å. Slettebø (red.). *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 236-237.

Birkeland, A. og A. M. Flovik (2014) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm AS

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

Brinchmann, B. S. (2012) De fire prinsippers etikk. I: Brinchmann, B. S. (red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 81-96, 89.

Chan, W., M. A. Immink og S. Hillier (2012) yoga and exercise for symptoms of depression and anxiety in people with poststroke disability: a randomized, controlled pilot trial. I: *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 18(3), s. 34-43.

Christoffersen, L. mfl. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Creasy, K. R. mfl. (2015) Clinical implications of family-centered care in stroke rehabilitation. I: *Rehabilitation Nursing* [online]. Early view. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rnj.188/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false> (15.04.2015).

De Ryck, A. mfl. (2013) A prospective study on the prevalence and risk factors of poststroke depression. I: *Cerebrovascular Diseases*, 3(1), s. 1-13

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

Eng, J. J. og B. Reime (2014) Exercise for depressive symptoms in stroke patients: a systematic review and meta-analysis. I: *Clinical Rehabilitation*, 28(8), s. 731-739.

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

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

Forskningsetikkloven (2007) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56> (20.04.2015)

Gilmartin, H. M. mfl. (2013) Isolation: a concept analysis. I: *Nursing Forum*, 48(1), s. 54-60.

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

Gustafsson, L. (2008) Information provision during stroke rehabilitation: the health professional's perspective. I: *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 15(3), s. 130-136.

Haley, W. E. mfl. (2010) *Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study*. I: *Quality of life research*, 20(6), s. 799-806.

Helse- og omsorgsdepartementet (2004) *God forskning - bedre helse*. NOU 2005:1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, informasjonsforvaltning.

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* [online]. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag> (22.02.2015) s. 91.

Helseforskningsloven (2009) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [online]. Lovdata. URL:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Helse+og+omsorgsdepartementet>
(20.04.2015)

Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell* [online]. Lovdata. URL:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (26.03.2015)

Hildebrand, M. W. (2015) Effectiveness of interventions for adults with psychological or emotional impairment after stroke: an evidence-based review. I: *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), s.1-17.

van het Hoofd, M. G. V. mfl. (2011) Does exercise therapy affect depression or depressive symptoms after stroke. I: *Physical Therapy Reviews*, 16(3), s. 191-200

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

Høgskolen i Gjøvik (2014a) *Forskningsområdet klinisk sykepleie* [online]. URL:
<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (01.03.2015)

Høgskolen i Gjøvik (2014b) *Helse i dagliglivet* [online]. URL:
http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet (01.03.2015)

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

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

Jeong, S. og M. T. Kim (2007) Effect of a theory-driven music and movement program for stroke survivors in a community setting. I: *Applied Nursing Research*, 20(3), s. 125-131.

Joakimsen, O., E. B. Mathiesen og I. Njølstad (2007) Risikofaktorer for hjerneslag I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(6), s. 748-750.

Johannessen, T. (2014) *MADRS (montgomery and åsberg depression rating scale)* [online]. Norsk Helseinformatikk. URL: <http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/montgomery-and-aasberg-depression-rating-scale-madrs-3271.html> (26.03.2015)

Jun, E. M., Y. H. Roh og M. J. Kim (2012) The effect of music-movement therapy on physical and psychological states of stroke patients. I: *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), s. 22-31.

Kirkevold, M. (2001) Et slag rammer hele familien. I: Kirkevold, M. og K. S. Ekern (red.). *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 130-149.

Kirkevold, M. (2010) The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors, an extended theoretical account. I: *Advances in Nursing Science*, 33(1), s. E27-E40.

Kirkevold, M. (2014) Hjerneslag. I: Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 464-479, 456.

Klinedinst, J. N., S. B Dunbar og P. C. Clark. (2012) Stroke survivor and snformal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms. I: *Journal Of Neuroscience Nursing*, 44(2), s. 72-81.

Korpershoek, C., J. van der Bijl og T. B. Hafsteinsdóttir (2011) Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. I: *Journal og Acvanded Nursing*, 67(9), s. 1876-1894.

Kouwenhoven, S. E. mfl. (2011) 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. I: *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), s. 1726-1737.

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

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

Kristoffersen, N. J. (2011a) Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, b. 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 32-77.

Kristoffersen, N. J. (2011b) Den myndige pasienten. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie- pasientfenomener og livsutfordringer, b. 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 338-382.

Kristoffersen, N. J. (2011c) Stess og mestring. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie- pasientfenomener og livsutfordringer, b. 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 133-189.

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

Kristoffersen, N. J. og P. Nortvedt (2011) Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie - Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, b. 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 83-127, 126.

Lightbody, C. E. mfl. (2007) Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. I: *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), s. 505-512.

Lynch, E. B. mfl. (2008) A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. I: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), s. 518-523.

Moeller, D. og C. Carpenter (2013) Factors affecting quality of life for people who have experienced a stroke. I: *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 20(4), s. 207-216.

Nishiyama, Y. mfl. (2010) Early depressive symptoms after ischemic stroke are associated with a left lenticulocapsular area lesion. I: *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 19(3), s. 184-189.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (u.å.) [online]. URL:
<http://www.nsd.uib.no/nsd/omnsd.html> (20.04.2015)

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. URL:
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (21.04.2015) s. 7.

Nortvedt, P. (2008) *Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Næss, S. (2011) Språkbruk, definisjoner. I: Næss, S., T. Moum og J. Eriksen (red.).
Livskvalitet - Forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s.
15-51, 18.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online].
Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven> (26.03.2015)

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

Regjeringen (2014) *Verdens helseorganisasjon: helse* [online]. URL:
<https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/> (08.04.2015)

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (u.å.) [online]. URL:
https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n
(20.04.2015)

Romsland, G. I., B. Dahl og A. Slettebø (2015) *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rustøen, T. (2009) *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stånicke (2010) *Psykiatriboken - Sinn- kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Struwe, J. H. mfl. (2013) How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. I: *Journal of Nursing Management*, 21(1), s. 141-51.

Stubberud, D. G. (2013) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I: Stubberud, D. G. (red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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

Sundar, T. (2002) Røyking gir høy risiko for hjerneslag I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(8), s. 858-859.

Sundseth, A. mfl. (2014) Factors related to knowledge of stroke symptoms and risk factors in a norwegian stroke population. I: *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 23(7), s. 1849-1855.

Sykepleierens Samarbeid i Norden (2003) *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden* [online]. URL:
<http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>
(20.04.2015)

Tenev, T. V., R. G. Robinson og R. E. Jorge (2009) Is family history of depression a risk factor for poststroke depression? Meta-Analysis. I: *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4), s. 276-280.

Theeke, L. mfl. (2014) Quality of life and loneliness in stroke survivors living in Appalachia. I: *American Association of Neuroscience Nurses*, 46(6), s. E3-E15.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tuntland, H. (2011) En innføring i ADL: *Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS, s. 18.

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

Verdens legeforening (2013) *Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening* [online]. URL:
<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/> (20.04.2015)

Visser, M. M. mfl. (2013) The effectiveness of problem solving therapy for stroke patients: study protocol for a pragmatic randomized controlled trial. I: *BMC Neurology*, 13(6), s. 67.

Visser, M. M. mfl. (2014) The relative effect of coping strategy and depression on health related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. I: *Journal of Rehabilitation Medicine*, (46)6, s. 514-519.

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

Willey, J. Z mfl. (2010) Early depressed mood after stroke predicts long-term disability. I: *Stroke*, 41(9), s. 1896-1900.

9.0 VEDLEGG 1 – SØKEMATRISE

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Nr.	Referanse
Cinahl	1. Poststroke depression 2. Nursing	1 2 1+2	16 70871 2	1	Ginkel, J. M. M. mfl. (2010) A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19(23-24), 3274-3290.
Cinahl	1. Quality of life 2. Stroke 3. Self-efficacy	1 2 3 1+2+3	15434 9451 2956 5	2	Korpershoek, C., J. van der Bijl og T. B. Hafsteinsdóttir (2011) Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. I: <i>Journal og Advanced Nursing</i> , 67(9), s. 1876-1894.
Cinahl	1. Hope 2. Rehabilitation 3. Stroke	1 2 3 1+2+3	1454 15424 9451 11	3	Tutton, E. mfl. (2011) Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(9), 2061- 2069.
Cinahl	1. Health related quality of life 2. Stroke 3. Recovery	1 2 3 1+2+3	1831 9451 7567 6	4	Almborg, A, H. mfl. (2010) Discharged after stroke - important factors for health related quality of life. I: <i>Journal of clinical nursing</i> , 19(15-16), 2196-2206.
Ovid Nursing Database	1. Stroke 2. Caregivers 3. Depression	1 2 3 1+2+3	587 526 687 9	5	Klinedinst, J. N., S. B Dunbar og P.C Clark. (2012) Stroke survivor and informal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms. I: <i>Journal Of Neuroscience Nursing</i> , 44(2), s. 72-81.

Ovid Nursing Database	1. Quality of life 2. Health care 3. Stroke 4. Depression	1 2 3 4 1+2+3 1+2+3+4	1372 36004 587 687 29 7	6	Theeke, L. mfl. (2014) Quality of life and loneliness in stroke survivors living in Appalachia. I: <i>American Association of Neuroscience Nurses</i> , 46(6), s. E3-E15.
Pubmed	1. Coping strategies 2. Stroke rehabilitation 3. Depression	1 2 3 1+2+3	4693 7429 78531 9	7	Visser, M. M. mfl. (2014) The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke I: <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 46(6), s. 514-519.

10.0 VEDLEGG 2 – ANALYSESKJEMA

Nr. 1	Ginkel, J. M. M. mfl. (2010) A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19(23-24), 3274- 3290.
Referanse	
Hensikt	Å undersøke sykepleierrollen ved depresjon etter hjerneslag, og indentifisere effektive ikke-medikamentelle tiltak som sykepleiere kan bruke i den daglige omsorgen for pasienter med depresjon etter hjerneslag.
Nøkkelord	Depression, nurses, nursing care, systematic review.
Metode	Oversiktsartikkel (systematisk litteraturstudie). Gjennomgang av databasene Cinahl, Medline (PubMed), Nursing Journals (PubMed) og PsycInfo fra 1993- 2008. Søkeord (inkludert MeSH-termer): cerebrovascular accident, treatment outcome og management. 445 relevante abstrakter, 81 abstrakt ble vurdert, og 15 artikler ble funnet som relevante. Kvaliteten på studiene ble evaluert på seks kriterier: godt skrevet og tydelig design, riktig pasientutvalg og eventuelt behandling, gyldig vurdering av depresjon, tydelig beskrevet og riktig analyse og gjenkjennbare resultater. Fem studier var gjennomført i akutt og rehabiliteringsfasen, fem i rehabiliteringsfasen, en i kronisk og rehabiliteringsfasen og tre i den kroniske fasen.
Relevans	Viser til tiltak som kan implementeres av sykepleiere i den daglige pleien, av pasienter med depresjon etter hjerneslag.
Kommentarer	10 av studiene viste en høy kvalitet knyttet til de seks kriteriene. Fem artikler var av middels kvalitet. 12 studier var randomisert, to kvalitative og en oversiktsartikkel. Svakheter: utvalgsartikler fra 1993-2008, enkelte intervensjoner ble utført av annet helsepersonell, inkluderer ikke livskvalitet. Styrker: utvalg fra relevante databaser, innholdsrik referanseliste, refererer ikke til eget verk, sykepleierolle, Journal of Clinical Nursing (nivå 2).

Nr. 2	
Referanse	Korpershoek, C., J. van der Bijl og T. B. Hafsteinsdóttir (2011) Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. I: <i>Journal og Acvanded Nursing</i> , 67(9), s. 1876-1894.
Hensikt	Danne oversikt over litteratur med fokus på innflytelse og forbedring av mestringstro, etter et slag. Hvilke assosiasjoner finnes mellom mestringstro og mobilitet, ADL, depresjon og helserelatert livskvalitet hos slagpasienter? Og hva slags intervensjoner innvirker på de nevnte faktorene.
Nøkkelord	Depression, nursing, quality of life, self-efficacy, stroke, rehabilitation, systematic review.
Metode	Oversiktsartikkel (systematisk litteraturstudie). Gjennomgang av databasene Medline, Cinahl, PsycInfo og Embase. Søkeord (inkludert MeSH-termer): stroke, self-efficacy, social cognitive theory, self-management, enhancement, encouragement. 768 relevante abstrakter ble vurdert, 61 artikler ble lest i fulltekst, og 17 artikler ble inkludert som utvalg.
Relevans	Viser til viktighet av å øke sykepleieres kompetanse i henhold til mestringstro, hvordan fremme mestringstro i intervensjoner i den daglige pleien og trening i rehabiliteringsfasen.
Kommentarer	Styrker: rehabiliteringsprosess, artikler med fokus på mobilitet, dagliglivets gjøremål, depresjon og helserelatert livskvalitet, sykepleierolle, Journal of Advanced Nursing (nivå 2), refererer ikke til eget verk, innholdsrik referanseliste, relevante databaser. Svakheter: utvalg 1996-2009.

Nr. 3 Referanse	Tutton, E. mfl. (2011) Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(9), 2061-2069.
Hensikt	Undersøke opplevelsen av håp for pasienter og ansatte ved en britisk slagenhet.
Nøkkelord	Hope, inpatients, nurses, nursing, qualitative research, rehabilitation, stroke unit.
Metode	Kvalitativ. Intervju av 10 pasienter (gjennomsnittsalder 63 år) med hjerneslag, og 10 ansatte i et tverrfaglig team. Inkluderte blant annet seks sykepleiere. Varighet intervju: ca. 1 time. Tillegg observert seks pasienter gjennom tre 7-timers skift. Observasjoner gjennomført av tre sykepleiere på avdelingen.
Relevans	Får frem både pasientens og sykepleierens perspektiv på håp, og viktigheten av å fremme håp etter et hjerneslag. Viser til strategier for å gi emosjonell støtte og opprettholde håp.
Kommentarer	Styrker: England, godkjent av etisk komité, Journal of Advanced Nursing (nivå 2), subjektiv tilnærming, 1års datainnsamling. Svakheter: få avdelinger inkludert, eksklusjon av pasienter med afasi, dysatri, alvorlig depresjon og døende. Intervju med disse kunne gitt en bedre forståelse, datainnsamling november 2007-november 2008.

Nr 4. referanse	Almborg, A, H. mfl. (2010) Discharged after stroke - important factors for health related quality of life. I: <i>Journal of clinical nursing</i> , 19(15-16), 2196-2206.
Hensikt	Studien undersøker ulike faktorer som påvirker livskvaliteten etter utskrivelse hos slagpasienten.
Nøkkelord	Depressive symptoms, health related quality of life, interests, outdoor activities, stroke.
Metode	Kvantitativ tilnærming. Gjennomført på slagenhet. Deltakere: 105 menn og 83 kvinner. Gjennomsnittsalder 74 år. Intervju ble utført to til tre uker etter utskrivelse. Verktøy ble benyttet for å kartlegge og identifisere variasjon assosiert med livskvalitet. Intervju inkluderte også status før hjerneslag, hvor personlige og sosiale aktiviteter ble av betydning. Denne informasjonen ble tatt fra pasientens hukommelse. Medisinske og demografiske opplysninger hentet fra journal og intervjuer.
Relevans	Får frem viktige faktorer for å fremme livskvalitet hos slagpasienter, samt for å lindre depressive symptomer.
Kommentarer	Styrke: Sverige, godkjent av etisk komité, Journal of Clinical Nursing (nivå 2), ulike skalaer og verktøy, livskvalitet og depresjon. Svakheter: oktober 2003-november 2005, refererer til eget verk.

Nr. 5	Klinedinst, J. N., S. B. Dunbar og P. C. Clark. (2012) Stroke survivor and informal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms. I: <i>Journal Of Neuroscience Nursing</i> , 44(2), s. 72- 81.
Referanse	
Hensikt	Intervju av slagpasienter og deres pårørende for å undersøke deres kunnskap om depressive symptomer, gjenkjenning av symptomer på depresjon etter slag og oppfatning av anerkjente symptomer.
Metode	Kvalitativ. Inkluderte syv sykehus og/eller rehabiliteringssentre. Pasientene var minimum 50 år, og intervju ble gjennomført i pasientens hjem 3 til 6 måneder etter slaget. Pasienter og pårørende ble intervjuet hver for seg. Totalt 44 pasienter og deres omsorgsperson deltok. Litt over halvparten av pasientene hadde hatt slag i venstre hemisfære. «The poststroke Knowledge of Depressive Symptoms Scale (KDSS)» ble brukt for å måle evnen til å gjenkjenne depressive symptomer, «The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)» ble brukt for å måle nivå av gjenkjenning av symptomer, og «Symptom Perception Questionnaire for Poststroke Depressive Symptoms (SPQ)» ble brukt for å se på oppfatningen av symptomene.
Relevans	Viser viktigheten av sykepleierens rolle i forhold til både pasient og omsorgspersoner. Legger frem tiltak som kan ha en positiv innvirkning på depressive symptomer og livskvalitet.
Kommentarer	Styrker: USA (Atlanta), kartleggingsverktøy, depresjon, innholdsrik referanseliste, <i>Journal of Neuroscience Nursing</i> (nivå 1). Svakheter: få deltakere, alle deltakerne var kognitivt intakt, høyt utdannet og funksjonelle. Disse faktorene kan ha hatt innvirkning på evnen til å gjenkjenne og forstå depressive symptomer.

Nr. 6	Theeke, L. mfl. (2014) Quality of life and loneliness in stroke survivors living in Appalachia. I: <i>American Association of Neuroscience Nurses</i> , 46(6), E3-E15.
Referanse	
Hensikt	Karakteristikk av livskvalitet og ensomhet hos slagrammede, ett år etter slag.
Nøkkelord	Health care in Appalachia, loneliness, Neuro-QOL, quality of life, stroke.
Metode	Kvantitativ. Spørreskjema ble postet til 590 potensielle deltakere, 121 deltakere returnerte utfylt spørreskjema. Deltakere måtte oppgi demografisk data, helsestatus og rehabiliteringsprosess etter akutt fase, røyke- og alkoholkonsum. Deltakere ble kategorisert etter likheter/ulikheter i oppgitt informasjon. Spørreskjemaet inneholdt kartleggende spørsmål angående ensomhet. For å kartlegge livskvalitet ble det brukt et verktøy (Neuro-QOL), som består av blant annet skalaer for evaluering av forskjellige symptomer (eksempelvis søvnvansker eller angst).
Relevans	Sykepleierens rolle vektlegges i diskusjonen, og tar for seg direkte sykepleierrettet tiltak. Depresjon fremstilles som en tilknyttet faktor til både ensomhet og livskvalitet.
Kommentarer	Styrker: USA (West Virginia), bredt omfang av ulike slagpasienter, <i>Journal of Neuroscience Nursing</i> (nivå 1), livskvalitet og kartleggingskalaer. Svakheter: refererer til eget verk, selvrapportert datainnsamling.

Nr. 7	Visser, M. M. mfl. (2014) The relative effect of coping strategy and depression on health related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. I: <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , (46)6, s. 514-519.
Referanse	
Hensikt	Å undersøke sammenhengen mellom mestringsstrategier og depresjon på helserelatert livskvalitet, hos pasienter i den kroniske fasen etter hjerneslag.
Nøkkelord	Stroke, rehabilitation, coping, depression, quality of life.
Metode	Kvantitativ tilnærming. Gjennomført fra april 2008-september 2010. 213 deltakere, mellom 18 og 80 år. Deltakerne var tidligere pasienter i et rehabiliteringssenter. Mestringsstrategi ble målt ved hjelp av skalaen "Assimilative- Accommodative Coping Scale (AACCS)". Depresjon ble målt ved hjelp av CES-D. Livskvalitet ble målt ved hjelp av "World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL- BREF)".
Relevans	Oppgaven tar for seg mestring, noe som vil være av betydning for økt livskvalitet. Den tar for seg verktøy man kan benytte for å øke mestringsfølelsen, noe som vil være sentralt og kan overføres til sykepleie.
Kommentarer	Styrker: Nederland, mestringsstrategier, livskvalitet og depresjon. Svakheter: ekskluderer ikke-selvstendige sykehjemsbeboere, utelukker akutt fase, refererer til eget verk, refererer til en annen utvalgsartikkel.